

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

JÉSSICA CAMILA DE SOUSA ROSA PARANHOS

**O PAPEL DOS GESTORES ESTADUAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
INDÍGENA: ENTRE OS IMPASSES HISTÓRICOS E A PANDEMIA DE COVID-19**

Porto Alegre

2021

JÉSSICA CAMILA DE SOUSA ROSA PARANHOS

**O PAPEL DOS GESTORES ESTADUAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
INDÍGENA: ENTRE OS IMPASSES HISTÓRICOS E A PANDEMIA DE COVID-19**

Tese de Doutorado em Políticas Públicas,
apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Doutora pelo Programa de
Pós-Graduação em Políticas Públicas da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. José Vicente Tavares dos
Santos

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Paranhos, Jéssica Camila de Sousa Rosa
O PAPEL DOS GESTORES ESTADUAIS NA POLÍTICA PÚBLICA
DE SAÚDE INDÍGENA: entre os impasses históricos e a
pandemia de COVID-19 / Jéssica Camila de Sousa Rosa
Paranhos. -- 2021.
246 f.
Orientador: José Vicente Tavares dos Santos.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Políticas públicas. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde
indígena. 4. Políticas públicas de saúde. I. Santos,
José Vicente Tavares dos, orient. II. Título.

JÉSSICA CAMILA DE SOUSA ROSA PARANHOS

**O PAPEL DOS GESTORES ESTADUAIS NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE
INDÍGENA: ENTRE OS IMPASSES HISTÓRICOS E A PANDEMIA DE COVID-19**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Porto Alegre, 08 de abril de 2021.

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA:

José Vicente Tavares dos Santos
Professor Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Soraya Vargas Côrtes
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Daniel Canavese de Oliveira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rosa Maris Rosado
Núcleo de Equidades em Saúde/Assessoria Técnica em Saúde dos Povos Indígenas
Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS

ATA DE APROVAÇÃO



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
POLÍTICAS PÚBLICAS - Doutorado
Ata de defesa de Tese

Aluno: Jéssica Camila de Sousa Rosa Paranhos, com ingresso em 05/03/2018
Título: **O papel dos gestores estaduais na política pública de saúde indígena: entre os impasses históricos e pandemia de Covid-19**
Orientador: Prof. Dr. Jose Vicente Tavares Dos Santos

Data: 08/04/2021
Horário: 14:00
Local: IFCH

Banca Examinadora	Origem
Soraya Mana Vargas Cortes	UFRGS
Daniel Canavese de Oliveira	UFRGS
Rosa Maris Rosado	PMPA

Porto Alegre, 08 de abril de 2021

Membros	Assinatura	Avaliação
Soraya Maria Vargas Cortes		Aprovada
Daniel Canavese de Oliveira		Aprovada
Rosa Maris Rosado		APROVADA

Conceito Geral da Banca: (X) Correções solicitadas: () Sim () Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.

Aluno

Orientador

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
Avenida Bento Gonçalves, 9500 Prédio 43322 - 205D - Bairro Agronomia - Telefone 33088220
Porto Alegre

Dedico esse trabalho a minha pequena Yasmin,
que tornou os dias mais doces e intensos.

Ao meu companheiro, Ricardo, aos meus pais,
José e Hilda, e a toda minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por ter acolhido o meu anseio de seguir em formação. Um agradecimento a todos os profissionais dessa instituição, em especial ao meu orientador, Dr. José Vicente, pela leveza no processo e pela acolhida. Agradeço pelo tempo dedicado e por compartilhar a sua longa e importante trajetória acadêmica comigo.

Meu agradecimento ao professor Dr. Daniel Canavese que nunca mede esforços para ajudar na vida acadêmica, profissional e pessoal, uma parceria além da universidade. A Silvia Guimarães, minha eterna mestra e amiga, sempre disposta a me apoiar na jornada e me fazer refletir sobre outros pontos de vista.

Agradeço a Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul (RS) pela oportunidade de trabalhar nos últimos anos com populações vulneráveis e a experiência desse processo. Nesse conjunto, agradeço aos colegas trabalhadores e trabalhadoras da saúde de todas as SES do país que colaboraram com as minhas reflexões, compartilharam experiências e angústias na luta diária por saúde equânime e de qualidade.

Agradeço as comunidades indígenas e suas lideranças por acolherem meu trabalho e por todos os saberes compartilhados.

E não poderia deixar de agradecer aos colegas de trabalho e amigos: a Raíssa Barbieri, ao Bruno Moraes, ao Guilherme Shimocomaqui, ao Péricles Nunes e, em especial, a Guilherme Müller, pela eterna parceria.

A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.

(SCHOPENHAUER, 2010, p. 157)

No dia em que não houver lugar para o índio no
mundo, não haverá lugar para ninguém.

(KRENAK, Ailton; do povo Krenak, de Minas
Gerais).

RESUMO

No decorrer da história, a política pública de saúde destinada aos povos indígenas passou por intensas mudanças institucionais. Atualmente, as normativas vigentes resultam do empenho, organização e protagonismo indígena durante todo esse percurso até os dias atuais. Entre essas normativas as mais importantes são a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada no ano de 2002, e a Lei n.º 9.836 de 1999, que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas normativas posicionaram o Ministério da Saúde (MS), enquanto gestor federal do SUS, como responsável pela Atenção Primária à Saúde (APS) dos indígenas, bem como a coordenação de toda a atenção à saúde. Além disso, estabeleceu órgãos, serviços e formatos próprios para gestão, atenção e assistência à saúde desses povos e vinculou a atuação dos estados e municípios brasileiros à complementaridade da atenção à saúde independentemente do nível de atenção. No entanto, a criação de um subsistema no âmbito do SUS impôs desafios tanto aos beneficiários dessa política quanto ao modelo de gestão do SUS. Entre esses desafios, encontra-se a incompreensão do papel e competências cabíveis aos estados, não havendo expressão clara ou orientação normativa que auxilie no reconhecimento dos limites e possibilidades de atuação de cada ente federado com a saúde indígena. No contexto atual, se perpetuam impasses históricos frente a emergência sanitária imposta pela pandemia de COVID-19, expondo a necessidade de refletir sobre a saúde indígena. Dessa maneira, o objetivo deste estudo é contribuir para a diminuição dessa lacuna identificando e sistematizando as competências dos gestores estaduais do SUS na saúde dos povos indígenas, a partir da experiência do Rio Grande do Sul e do panorama brasileiro das Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Para isso a partir da metodologia de análise de dados da pesquisa qualitativa, foi realizada uma análise documental nos arquivos do setor responsável pela política de saúde indígena dentro da SES-RS e feita à aplicação de questionários com profissionais que atuam nessa política dentro de outras treze SES do país, contemplando a representação de todas as regiões brasileiras. O percurso de pesquisa apresentou violências sistemáticas condicionando e impondo barreiras de acesso dos indígenas à saúde, expôs falhas estruturais no SASI e a existência de modelos variados de atenção à saúde indígena, distantes das determinações normativas, além de amplas dificuldades na relação entre municípios, estados e SASI. Os resultados alcançados contribuem para a dissolução de algumas dessas barreiras, com a disposição de um quadro exemplificativo de competências para os estados na saúde indígena. Contudo, verifica-se a urgência de fortalecimento do SASI e garantia da sua operacionalidade em benefício da atenção diferenciada e integral de qualidade aos povos indígenas, promovendo a redução da distância entre o campo normativo e o campo operacional da política pública de saúde indígena.

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde. Saúde indígena. Equidade em saúde. Federalismo.

ABSTRACT

Throughout history, public health policy for indigenous peoples has undergone intense institutional changes. Nowadays, the current regulations result from the indigenous's commitment, organization and protagonism indigenous throughout this journey to the present day. Among these regulations, the most important are the National Policy for the Attention to Health of Indigenous Peoples (PNASPI), published in 2002, and Law No. 9.836 of 1999, which established the Subsystem for Attention to Indigenous Health (SASI), within the scope of the Unified Health System (SUS). These regulations positioned the Ministry of Health (MS), as the federal manager of SUS, as responsible for the Primary Health Care (PHC) of the indigenous people, as well as the coordination of all health care. In addition, it established its own institutions, services and formats for the management, care and health care of these peoples and linked the actions of Brazilian states and municipalities to the complementarity of health care regardless of the level of care. However, the creation of a subsystem within the scope of SUS posed challenges both to the beneficiaries of this policy and to the SUS management model. Among these challenges is the lack of understanding of the role and competencies applicable to the states, with no clear expression or normative guidance that supports in recognizing the limits and possibilities of action of each federated entity with indigenous health. Historical impasses are perpetuated in the face of the health emergency imposed by the COVID-19 pandemic, exposing the need to reflect on indigenous health. Thus, the objective of this study is to contribute to reducing this gap by identifying and systematizing the competencies of SUS state managers in the health of indigenous peoples, based on the experience of RS and the Brazilian panorama of SES. Based on the data analysis methodology of qualitative research, a documentary analysis was carried out in the archives of the sector responsible for indigenous health policy within SES-RS and made the application of questionnaires with professionals working in this policy within thirteen other country's SES, covering the representation of all Brazilian regions. The research path showed systematic violence conditioning and imposing barriers of access for indigenous people to health, exposed structural weaknesses in the SASI and varied models of indigenous health care that are far from normative determinations, besides to relevance difficulties in the relationship between municipalities, state and SASI. The results achieved contribute to the dissolution of some of these barriers, with the provision of an exemplary framework of competencies for states in indigenous health. However, there is an urgent need to strengthen the SASI and guarantee its operability in favor of differentiated and comprehensive quality care for indigenous peoples, promoting the reduction of the distance between the normative field and the operational field of public policy on indigenous health.

Keywords: Health Public Policies. Indigenous Health. Health Equity. Federalism.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.	59
Figura 2 - Mapa das macrorregiões de saúde do RS.	63
Figura 3 - Distribuição dos povos indígenas por região de saúde, no Rio Grande do Sul, no primeiro semestre do ano de 2020.	65
Figura 4 - Organograma da SES-RS, conforme Decreto Estadual n.º 55718/2021.	72
Figura 5 - Organograma do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/SES-RS.	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil dos respondentes quanto à formação profissional.....	177
Gráfico 2 - Percentual de participação na pesquisa, por região.....	177
Gráfico 3 - Recursos humanos disponíveis ao setor de saúde indígena dentro das SES.....	178
Gráfico 4 - Área em que o profissional/setor da saúde indígena está vinculado dentro da SES.	178
Gráfico 5 - Compilado de respostas sobre as experiências de conflitos, violência ou racismo contra os indígenas do seu estado por parte de profissionais de saúde.	182
Gráfico 6 - Avaliação da relação da SES com DSEI de referência.	183
Gráfico 7 - Atuação dos estados e municípios na APS indígena.....	183
Gráfico 8 - Qualidade da APS e da atenção na MAC ofertada aos indígenas.....	184
Gráfico 9 - Avaliação da relação com as lideranças indígenas.	185

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Rol de ações desenvolvidas pelos setores de saúde indígena nas SES, compilado a partir das respostas dos participantes.....	180
Quadro 2 - Síntese dos entendimentos acerca do termo “responsabilidade complementar” utilizado na legislação da saúde indígena.....	181
Quadro 3 - Sistematização de competências dos gestores estaduais do SUS, a partir dos casos da SES-RS.	186
Quadro 4 - Quadro analítico de ações descritas por profissionais das SES e sua transposição a competências para o gestor estadual do SUS na saúde indígena.....	188
Quadro 5 - Quadro exemplificativo de competências dos gestores estaduais do SUS na saúde indígena.	194

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CASAI	Casa de Apoio à Saúde Indígena
CC	Código Civil
CEPI	Conselho Estadual dos Povos Indígenas
CES	Conselho Estadual de Saúde
CEVS	Centro Estadual de Vigilância em Saúde
CF	Constituição Federal
CIR	Comissões Intergestores Regionais
CMS	Conselhos Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
CRS	Coordenadorias Regionais de Saúde
DAPPS	Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSEI-IS	Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Governo
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IF	Instituto Federal
LAI	Lei de Acesso à Informação
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MAC	Média e Alta Complexidade
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
NESI	Núcleo de Estudos de Saúde Indígena
NESIN	Núcleo de Estudos de Saúde Indígena e Negra
NOB	Normas Operacionais Básicas
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDF	<i>Portable Document Format</i> (Formato Portátil de Documento)
PIM	Primeira Infância Melhor
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Política Nacional de Saúde
POPES	Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SES-RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SIASI	Sistema de Informação da Saúde Indígena
SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPI	Serviços de Proteção ao Índio
STF	Supremo Tribunal Federal

SUS	Sistema Único de Saúde
UBSI	Unidades Básicas de Saúde Indígena
UF	Unidades da Federação
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	188
1.1 OBJETIVOS.....	21
1.1.1 Objetivo geral.....	21
1.1.2 Objetivos específicos.....	21
1.2 SISTEMA DE HIPÓTESES.....	21
1.3 JUSTIFICATIVA.....	22
1.4 METODOLOGIA.....	22
2 MARCO TEÓRICO.....	28
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	28
2.2 AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA.....	33
2.3 O FEDERALISMO E A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA.....	39
2.4 A VIOLÊNCIA E OS POVOS INDÍGENAS.....	39
3 OS POVOS INDÍGENAS	46
3.1 NOTAS SOBRE A DEMOGRAFIA E SAÚDE.....	41
3.2 O PROTAGONISMO INDÍGENA.....	52
3.3 A ORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	49
4 A SAÚDE E OS INDÍGENAS NO RS: DINÂMICAS ESTADUAIS	61
4.1 ASPECTOS LOCAIS.....	61
4.2 OS POVOS INDÍGENAS NO RS.....	64
4.2.1 As terras indígenas: a oficialidade dos territórios.....	66
4.3 LOCALIZANDO A SAÚDE INDÍGENA NA SES-RS: O CONTEXTO DE FALA.....	65
4.3.1 A área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas: de onde se fala?.....	75
4.3.2 O primeira infância melhor nas comunidades indígenas	77
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: A SAÚDE INDÍGENA VISTA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS.....	80
5.1 DOS DOCUMENTOS AOS CASOS.....	80
5.1.1 As memórias do trabalho na saúde indígena	82
5.1.2 A SES-RS: avanços e desafios.....	88
<i>5.1.2.1 Demandas indígenas por saúde na média e alta complexidade.....</i>	<i>115</i>
5.1.3 Os municípios e a atenção à saúde indígena.....	119
5.1.4 A articulação do SASI ao SUS: experiências do RS.....	140
<i>5.1.4.1 As informações em saúde dos povos indígenas: poder e tutela</i>	<i>151</i>
5.1.5 O protagonismo indígena na política de saúde no RS.....	156

5.1.6 Gestão da saúde indígena no RS em tempos de COVID-19	161
5.1.7 O MPF e direito à saúde dos povos indígenas.....	171
5.2 O PANORAMA BRASILEIRO DA SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DOS ESTADOS	175
5.3 DESENHANDO COMPETÊNCIAS PARA O GESTOR ESTADUAL NA SAÚDE INDÍGENA.....	186
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	197
REFERÊNCIAS.....	200
ANEXO 1 - Termo de autorização institucional.....	219
ANEXO 2 - Questionário aplicados com profissionais estaduais da saúde indígena	220
ANEXO 3 - Lei n.º 9.836/1999 - Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena.....	234
ANEXO 4 - Portaria SES-RS 946/2015	236
ANEXO 5 - Nota técnica referente às informações em saúde	244

1 INTRODUÇÃO

O estudo aqui desenvolvido é resultado do curso do doutorado no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFRGS e tem como objeto de estudo a política de saúde indígena e o papel dos gestores estaduais do Sistema Único da Saúde (SUS) com esses povos. Esse estudo apresenta-se como inovador no campo das políticas públicas de saúde para os povos indígenas, visto que não há estudos similares que objetivem analisar e compreender a função dos estados na manutenção e ampliação destas políticas.

O campo das políticas públicas apresenta importantes contribuições para debates das políticas de saúde; no que diz respeito ao trabalho proposto expõe um marco teórico que reflete sobre os caminhos percorridos pela política de saúde indígena até o seu momento atual. Esse é um debate que dialoga entre o campo das políticas públicas e da saúde coletiva gerando reflexões acerca das normativas relativas ao direito à saúde dos povos indígenas e sua operacionalização.

Nesse escopo, para fins deste estudo estão compreendidos como políticas públicas de saúde indígena a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), publicada no ano de 2002, e a lei nº 9836 de 1999 que instituiu o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), no âmbito do SUS. Essas normativas são resultado do empenho, organização e protagonismo indígena no país, historicamente conhecidos. Essas políticas posicionaram o Ministério da Saúde (MS), gestor federal do SUS, como responsável pela Atenção Primária à Saúde (APS) dos indígenas e coordenação da atenção nos demais níveis de atenção à saúde (média complexidade e alta complexidade).

Por APS compreende-se a estrutura do SUS responsável pela coordenação do cuidado em saúde por meio da articulação entre os diversos serviços e atuação sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011), onde se estabelece o vínculo com os usuários e comunidades. Ao mesmo tempo a responsabilidade do gestor federal de coordenação nos demais níveis de atenção à saúde é uma forma de garantir a continuidade do cuidado e fazer a vinculação do SASI ao restante do SUS de forma ordenada, conforme as diretrizes dessas políticas.

Além disso, essas normativas determinaram que os estados brasileiros, assim como os municípios, passariam a ter papel “complementar” na atenção à saúde dos povos indígenas, independentemente do nível de atenção à saúde. Porém, não há até o presente momento uma definição do que está contido nesse escopo de atuação complementar ou de quais são as atribuições de cada ente federativo. Com isso, esse debate fica incompreendido, esparso e

inconclusivo nas discussões sobre o tema favorecendo a inoperância e contribuindo para um enfraquecimento das políticas de saúde indígena no país. É nessa lacuna que se localiza essa tese.

Para esse debate, o trabalho foi organizado a partir do panorama nacional destas políticas, localizando os indígenas no país e no SUS, trazendo conceitos e entendimentos fundamentais para a compreensão da imensidão que é tratar sobre a saúde indígena. Depois disso, dialogamos sobre o espaço dos estados brasileiros explorando a experiência do estado do RS, mais especificamente da Secretaria Estadual de Saúde (SES), enquanto gestor estadual do SUS, que é tida como uma experiência exitosa de atuação estadual na saúde indígena, mas que até o momento não foi explorada.

Paim (2018) disse que o SUS não é mais aquele proposto pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que ele se encontra com as bases sociais e políticas enfraquecidas, mas que houve inúmeros avanços desde sua criação. Esses avanços, por sua vez, traduzem muito da política de saúde indígena que temos impactada por fatores como a consolidação de espaços de participação e de controle social no âmbito do SUS que cresceram em consonância com a proposta de um país democrático (PAIM, 2018) e que balizaram as mudanças do modelo de atenção à saúde indígena no país no decorrer da história e a constituição de políticas públicas para esses povos. Para Cornwall e Shankland (2008), o Brasil apresentou mecanismos inovadores para o envolvimento da sociedade à medida que moldou a participação social como um direito dentro do SUS e, conseqüentemente, as políticas atreladas a esse sistema.

No entanto, um fator que extrapola os espaços oficiais foi determinante na política de saúde: o protagonismo indígena. Os indígenas, historicamente, se utilizavam desse mecanismo de organização e mobilização social como forma de demandar e garantir seus direitos sociais, a defesa de suas terras tradicionais e a manutenção de costumes e hábitos de vida. Na construção das políticas de saúde indígena esse foi o caminho seguido: luta, organização, protagonismo e agenciamentos entre os modos de fazer e viver indígena e os modelos e formas de atuação do Estado, por vezes, tão apartados dessas realidades. Essa realidade nacional se une a fatores regionais, à organização dos indígenas localmente, às características étnicas e a distintos elementos e relações que determinam a operacionalização do modelo de atenção à saúde.

No que diz respeito à realidade do RS, predominam indígenas das etnias Guarani e Kaingang, distribuídos em um baixíssimo número de terras regularizadas e inúmeras moradias improvisadas em formato de acampamentos, em condições precárias e alta situação de vulnerabilidade social. Nessa realidade, os indígenas têm se organizado e demandado por

direitos sociais e serviços de saúde, impulsionando tanto o gestor estadual quanto os gestores municipais a se localizarem neste debate.

Além disso, é inegável que a situação da saúde indígena demanda atenção em nível nacional. Os indígenas tendem a apresentar indicadores mais desfavoráveis tanto no campo da saúde quanto no campo socioeconômico quando comparados a indicadores relativos a população em geral (ANDERSON *et al*, 2016). Ribeiro *et al*. (2018) analisando a PNASPI no âmbito da APS concluíram que com a implementação da política houve avanços importantes, que a criação do subsistema teve impactos positivos, porém limitados, persistindo um cenário de desigualdades e indicadores de saúde desfavoráveis aos povos indígenas, sendo possível afirmar que APS não tem se efetivado de maneira integral a esses povos. A conclusão dos autores argumenta com problemas crônicos da saúde indígena que persistem historicamente, que evidenciam a precariedade de serviços, a alta rotatividade profissional e questões como a dificuldade de efetivar e operacionalizar os princípios e diretrizes da política na base dos serviços.

Dessa maneira, gerar reflexões e debates acerca da política de saúde indígena é fundamental para manutenção e ampliação dessas políticas. Contudo, é necessário ampliar o escopo de observação para que possamos começar a encontrar os caminhos possíveis e necessários para a completa operacionalização dessa política pública. Nessa perspectiva, realizar análises a partir da experiência dos estados prove possibilidades de pensar distintos atores, instituições e suas relações com a garantia do direito à saúde dos povos indígenas. Trata-se, com isso, de pensar como essas análises contribuem com a operacionalização e efetividade da política pública de saúde indígena, tecendo caminhos possíveis de atuação dos estados, refletindo sobre fatores que minimizam e emperram essa política no campo operacional propondo alternativas as dificuldades que se colocam.

Tratar sobre as competências dos entes também expõe um debate do federalismo e sua relação com o sistema de saúde brasileiro. Gouveia (2016) em discussões sobre o federalismo afirmou que demarcar competências de cada ente federado é primordial para que os gestores possam ter clareza de quais são as efetivas responsabilidades nas políticas públicas em saúde e que há dilemas latentes, devido as características do federalismo brasileiro, na consecução das políticas de saúde dificultando a articulação entre as esferas de governo.

Além disso, não poderia deixar de registrar o fato do ano de 2020 ter sido um ano singular de observação, em virtude da pandemia de COVID-19. Os impactos causados por uma pandemia são muito fortes, em especial pelas vidas perdidas, possíveis impactos a longo prazo da exposição ao vírus que ainda vem sendo estudados e a triste vivência de ver o sistema de

saúde entrando em colapso. Porém, não é de agora que os povos indígenas lidam com essa realidade, pois esses foram amplamente dizimados com as epidemias e violência da colonização, em seguida pela expansão econômica adentrando seus territórios (DIAS; GUIMARÃES, 2020). Dessa maneira, o período de análise escolhido foi dos anos de 2015 a 2020, visto que essa temporalidade dá elementos próprios a serem analisados. Nessas linhas tênues e densas, entre impasses históricos e emergências sanitárias é se encontra à política pública de saúde indígena e o SUS. Dessa maneira, o que se espera é tecer sobre as formas possíveis de atuação dos estados, delineando e discutindo seus limites e possibilidades, e contribuindo para o alcance do direito à saúde dos povos indígenas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a atuação dos gestores estaduais do SUS na saúde dos povos indígenas com vistas à complementaridade da atenção à saúde desses povos, conforme previsto na PNASPI e legislação do SASI, a partir da experiência do estado do RS.

1.1.2 Objetivos específicos

1. Apresentar o panorama nacional da gestão e atenção à saúde dos povos indígenas, a partir das experiências dos gestores estaduais do SUS;
2. Analisar as lacunas entre o campo normativo e o campo operacional da política de saúde indígena, a partir da experiência do RS;
3. Formular quadro exemplificativo das atribuições dos gestores estaduais do SUS na atenção à saúde dos povos indígenas.

1.2 SISTEMA DE HIPÓTESES

1. Ter estados atuantes fortalece a política de saúde indígena e amplia a articulação junto a gestores de saúde locais ampliando a capacidade do Estado em garantir o acesso dos indígenas à saúde.
2. A atuação de gestores estaduais na política de saúde indígena enfraquece o SASI.
3. O papel dos gestores estaduais de saúde na política de saúde indígena tem relação direta com o protagonismo indígena.

1.3 JUSTIFICATIVA

As desigualdades em saúde assolam os povos indígenas no Brasil, historicamente (ANDERSON *et al.*, 2016; COIMBRA JÚNIOR *et al.*, 2013; CARDOSO *et al.*, 2012), e isso não foi diferente na realidade da pandemia de COVID-19, que certamente ainda terá impactos sentidos por décadas. Os indígenas apresentam indicadores preocupantes para problemas como a mortalidade materna e infantil, desnutrição, doenças cardiovasculares, malária e tuberculose. Em inquérito realizado com povos indígenas na região sul e sudeste do Brasil foram encontrados percentuais elevados para diabetes mellitus quando comparado às demais regiões do país (COIMBRA JÚNIOR *et al.*, 2013). Isso se soma à precariedade dos serviços de saúde e à vulnerabilidade social extrema. Situação que não se restringe ao Brasil, pois nos Estados Unidos, Austrália e Canadá registraram que a gripe A, transmitida pelo vírus H1N1, matou de três a sete vezes mais indígenas quando comparadas as taxas da população em geral (PRAELI, 2020).

Nadal (2017) aponta que o número de indígenas é de cerca de 200 milhões na América Latina e no Caribe, mas o número não é preciso, pois os censos realizados apresentam pouca confiabilidade, além de questões metodológicas e conceituais contraditórias. Além disso, há a ausência de registros diferenciados tanto para a população indígena quanto para afrodescendentes e impasses, em como, até mesmo, definir quem é indígena ou não. Nadal (2017) resumiu alguns dos problemas que assolam os indígenas, a partir de uma série de outros documentos:

Se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza de ingresos entre los indígenas durante la década de los pueblos indígenas (1994-2004).

Los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas.

La brecha de pobreza de los indígenas es más profunda y disminuyó más lentamente durante los años noventa.

Ser indígena aumenta la probabilidad de un individuo ser pobre y esta relación se mantuvo más o menos igual al comienzo y al cierre de la década.

Los indígenas continúan teniendo menos años de educación, pero la brecha se está reduciendo y los resultados educacionales son substancialmente peores para los indígenas, lo cual es indicativo de problemas en la calidad de la educación.

Los indígenas, especialmente mujeres y niños, continúan teniendo menor acceso a servicios básicos de salud. (NADAL, 2017, p. 36)

O que se observa a partir das contribuições do autor é que os povos indígenas lidam com uma insuficiência sistemática no campo das políticas públicas, pois mesmo quando há políticas instituídas elas são incapazes de rever os quadros históricos de desigualdade e violência. No Brasil, apesar da série de disposições constitucionais, consideradas até mesmo exemplares no que diz respeito a direitos indígenas, e seu destaque durante anos na demarcação de terras indígenas demonstra-se capacidade limitada em impor avanços na implementação de políticas e na solução de antigos conflitos frente a conjuntura política de ameaças a esses povos (ONU, 2016). O contexto atual é de uma ameaça real à integridade dos povos indígenas no país.

No que se refere aos indicadores de saúde e indicadores socioeconômicos, os relacionados aos indígenas são sempre menos favoráveis do que aqueles relativos à população em geral (ANDERSON *et al.*, 2016). Estudo inédito sobre mortalidade geral, por exemplo, demonstrou que os indígenas apresentam maiores chances de morrer do que à população em geral, especialmente, mulheres indígenas, sendo que quando observadas as crianças de 0 a 4 anos as taxas de mortalidade indígena chegam a ser duas vezes maiores do que as taxas da população em geral (CAMPOS *et al.*, 2017).

Fatores como esse se encontram atrelados e somados a vulnerabilidade socioambiental a que estão expostos. Isso inclui desde a ausência de demarcações de terras até os crimes ambientais como as queimadas históricas no pantanal brasileiro, importante bioma do país, e onde se localizam inúmeros indígenas, com impactos tão evidentes no ano de 2020. Informações de satélites deram conta que parte dos focos de incêndio identificados em 2020 tiveram início em áreas que deveriam estar protegidas e preservadas pelo Estado, mas diferente disso destruiu comunidades e levou a um alto número de hospitalizações por problemas respiratórios (MUNIZ; FONSECA; RIBEIRO, 2020).

Os cenários violentos ampliam a situação de vulnerabilidade social a qual os indígenas são expostos e criam barreiras de acesso não apenas aos serviços de saúde, mas aos direitos indígenas como todo. Isso evidencia a importância de estudos que se ocupem da realidade desses povos, em especial aqueles com recortes sobre as condições de vida e saúde.

Atrelados a isso, encontra-se meu anseio enquanto profissional da saúde pública e da saúde coletiva, sanitarista, que vivencia dilemas cotidianos dentro da gestão estadual do sistema de saúde, dentro da política de saúde indígena, mas que, sobretudo, acredita na ciência e na

potência das universidades em gerar conhecimento capaz de servir a sociedade, reduzir desigualdades e fortalecer direitos constitucionais.

Desse modo, pensar o papel do estado do RS na política de saúde indígena amplia a possibilidade de compreender as ausências sistemáticas, que vão desde discutir as barreiras de acesso a serviços até a inoperância de gestores e representantes oficiais. Além disso, compreender esse papel contribui para a qualificação dos serviços de saúde destinados aos povos indígenas e as redefinições dessa política pública, que são resultado de uma luta histórica desses povos pela busca do direito à saúde.

1.4 METODOLOGIA

A pesquisa proposta ao estudo tem natureza qualitativa considerando que os fenômenos devem ser compreendidos de forma contextualizada e em perspectiva integrada (GODOY, 1995). Dessa maneira, entende-se que identificar qual campo de ações de estados na política de saúde indígena envolve a discussão dos atores, interesses, instituições e as mudanças institucionais na política em estudo. Pensando nos objetivos propostos, o instrumento para constituição dos dados escolhido foi a análise documental que se propõe a estudar documentos que não foram analisados e sistematizados com essa finalidade até o momento.

[...] O documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador nas ciências sociais. Ele é, evidentemente, insubstituível em qualquer reconstituição referente a um passado relativamente distante, pois não é raro que ele represente a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas. Além disso, muito frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente. (CELLARD, 2008, p. 295)

Cellard (2008) trata da importância dos documentos enquanto objetos de análise. Já Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) falam que a importância fundamental em propor análises documentais está na possibilidade de produzir novos conhecimentos, novas formas de pensar e compreender fenômenos (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009). Para isso, a constituição do *corpus* deste estudo, ou seja, a coleção de documentos que se constituiu como objeto de análise é formada por registros institucionais escritos que apresentem demandas e ações do estado relativo à saúde dos povos indígenas (ofícios, memorandos, pareceres técnicos,

relatórios, atas e correios eletrônicos institucional), normativas, cadernos e diários de anotações institucionais e da pesquisadora enquanto profissional de saúde. Todos esses documentos compõem fontes secundárias e fazem parte do arquivo da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, localizada na Divisão de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (POPES), no Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da SES-RS, e seu uso para fins deste estudo foi autorizado pelo chefe de divisão e direção, responsável pela área e departamento, respectivamente, cujo termo de anuência institucional consta no anexo 1.

No que diz respeito à linguagem foram incluídos apenas documentos escritos, que de acordo com Gil (2010) se caracterizam como documentos institucionais por se tratar de documentos fornecidos por instituições governamentais. Além disso, quanto à forma de acesso temos três formatos: documentos de acesso público, aqueles disponíveis nas páginas da internet da instituição; de acesso restrito os quais apenas o grupo de trabalhadores da instituição têm acesso; e por fim os registros da pesquisadora caracterizam-se como de acesso fechado.

Para Barthes (2006) e Bauer e Aarts (2008), o *corpus* deve ser construído de forma a apresentar relevância, homogeneidade e sincronicidade. O primeiro deles está relacionado ao quanto o *corpus* escolhido responde aos objetivos propostos, que no caso da pesquisa, trata-se do papel do gestor estadual do SUS na política de saúde indígena. E a relevância do material aos propósitos da pesquisa se dá a medida que se constitui como o registro e a memória de como o estado do RS vem trabalhando a saúde indígena e assim no campo da gestão da saúde construindo esse papel, sendo todos esses registros descritivos desse processo. No que se refere a sincronicidade estabelecemos como período de estudo os anos de 2015 a 2020.

Os documentos foram colocados em formato *Portable Document Format* (PDF), organizados por data no banco de dados. Posteriormente, os documentos foram selecionados e catalogados e, em seguida, realizadas as análises qualitativas do conteúdo. A análise de conteúdo configura-se como a metodologia de pesquisa utilizada para descrever e interpretar conteúdos documentais ajudando a reinterpretar as mensagens e compreender significados (MORAES, 1999). Na pesquisa qualitativa, como é o caso, a análise de conteúdo parte de pressupostos que dão suporte a análise captando sentidos simbólicos (MORAES, 1999). A análise de conteúdo se constitui como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1979, p. 31)

Olabuenaga e Ispizua (1989) apresentam que um texto contém muitos significados entre eles o sentido que o autor pretende expressar e que pode ser o sentido percebido pelo leitor; mas também é possível que o sentido do texto se diferencie a cada leitor. No entanto, sabe-se que em qualquer análise de conteúdo o contexto no qual a análise se dá deve estar explícito (MORAES, 1999). Em atenção a isso vamos fazendo essas análises realizando os contrapontos com a realidade nacional da saúde indígena, da situação sanitária e política do país. A análise de conteúdo permite encontrar respostas ou confirmações para questões e hipóteses anteriormente formuladas e tem ainda o potencial de desvendar o que está por trás dos conteúdos. Nessa perspectiva é que será possível confirmar ou refutar as hipóteses colocadas por essa pesquisa.

Por último, tendo em vista a ausência de análises locais a respeito da atuação das SES do Brasil na saúde indígena que se aprofundassem na operacionalidade dessa política de saúde nos cenários reais, também senti ausente um panorama nacional. Dessa maneira, formulei um questionário *on-line* (ANEXO 2), com vinte e quatro questões a serem respondidas por profissionais vinculados à pauta da saúde indígena nas SES do país.

A pesquisadora já possuía contatos telefônicos de oito profissionais vinculados a SES que trabalhavam com a pauta da saúde indígena. As demais SES do país foram acionadas por telefones disponíveis nos sites oficiais das secretarias e feita a busca do profissional de referência para a saúde indígena. Em alguns casos era possível chegar durante a própria ligação na pessoa de referência, em outros era disponibilizado a pesquisadora o contato por e-mail ou solicitado contato em outro momento oportuno.

Do ponto de vista da estrutura do questionário foi feita a opção por perguntas abertas e fechadas. A opção por esse formato teve por objetivo não tornar o instrumento longo ou que demandasse muito tempo dos participantes para responde-lo visto que os serviços de saúde se encontravam sobrecarregados em virtude da emergência sanitária relacionada ao enfrentamento da COVID-19. Contudo, haja vista ser um tema pouco debatido as perguntas abertas possibilitavam espaço para que os participantes discorressem sobre suas percepções, vivências e experiências.

As perguntas versaram sobre a localização das áreas técnicas e/ou coordenações estaduais de saúde indígena nas estruturas dos estados, recursos humanos disponíveis, existência de legislação específica em âmbito estadual, relacionamento da secretaria com o

SASI e lideranças indígenas, percepções sobre os serviços de saúde ofertados aos indígenas, entre outras.

O instrumento foi construído na plataforma do *Google Forms*, um serviço gratuito de criação de formulários *on-line*. Após a criação é possível criar um *link* de acesso que foi disponibilizado a lista de contatos previamente organizada. A disponibilização do acesso ao formulário foi realizada tanto por correio eletrônico quanto por serviços de mensagens instantânea (*WhatsApp*), a depender da preferência do participante da pesquisa.

No momento que o participante concluía o envio das suas respostas na plataforma a pesquisadora recebia uma mensagem por correio eletrônico informando que já era possível visualizar aquele resultado. Após todos os participantes concluírem o preenchimento das informações e respostas os dados foram extraídos da plataforma em formato de *Microsoft Excel*, um editor de planilhas que também foi utilizado para trabalhar as informações recebidas, gerar gráficos e tabelas constantes nos resultados. As contribuições desse instrumento são apresentadas no conjunto dos resultados. Ao final desse percurso, todos esses resultados foram analisados conjuntamente, documentos e questionários, entrelaçando-os e tecendo aquilo que se propôs a responder, questionar e debater nesta tese.

2 MARCO TEÓRICO

Este capítulo se inicia discorrendo sobre o SUS, o caminho até sua formulação e sua trajetória até os tempos atuais, entendimentos necessários para adentrar ao universo da saúde indígena. Em seguida são tratadas as mudanças institucionais pelas quais a política de saúde indígena passou nas últimas décadas em um diálogo no campo das políticas públicas. Apresenta como se deu a institucionalização da saúde indígena, os distintos modelos propostos, os atores e instituições que se envolveram com a pauta da saúde indígena. No terceiro subcapítulo discorremos sobre questões relativas à violência e o quanto ela se apresenta como um determinante na definição de políticas públicas para populações vulneráveis, como os indígenas, e como ela cerceia direitos, dificulta acesso a serviços, expõe e acirra as desigualdades às quais os indígenas estão expostos. De maneira geral, trata-se de um capítulo que entrelaça o campo da saúde coletiva e das políticas públicas e suas contribuições para o debate sobre a saúde dos povos indígenas.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A história da saúde brasileira foi marcada por ausências, segregações nas formas de acesso e até mesmo delimitações nos serviços e ações oferecidos. Isso foi se alterando na medida em que bases sociais e democráticas foram tomando força e o conceito de saúde foi sendo revisto. Faz-se necessário entender a saúde não apenas como ausência de doenças, mas como um estado de bem estar físico, mental e social (WHO, 1946), concepção difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que influenciou sobremaneira a definição constitucional do sistema de saúde brasileiro.

Apesar disso, foi o projeto da RSB que determinou o desenho da saúde brasileira, pois foi através do movimento de diferentes atores na sociedade que foi possível pautar a necessidade de uma reforma na saúde (MENICUCCI, 2014). O que se buscava era um reconhecimento político e institucional que ampliasse a consciência sanitária e política apresentando as condições necessárias ao processo de politização e democratização da saúde (FLEURY, 2009). Com isso, o sistema de saúde brasileiro passou por intensas mudanças influenciado, entre outros fatores, pela transição política e as demandas por essa sociedade mais democrática e participativa.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, por sua vez, evidenciou essa luta pela democratização no país e foi quando se aprovou o conceito de saúde como um direito cidadão

e foram feitos os desenhos dos fundamentos do SUS, além das estratégias para sua construção (PAIM *et al.*, 2011). Entre esses desenhos estava o direito à saúde universal, a descentralização, regionalização e hierarquização das ações e serviços, a participação popular e controle democrático do sistema (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006). A reforma se deu em meio ao acirramento de conflitos que já ultrapassavam os limites dos governos e de suas instituições oficiais. As demandas se formavam e se transformavam a partir da interação dos sujeitos na disputa em torno de diferentes projetos e visões de mundo (MATTOS; BAPTISTA, 2011).

A reforma foi, então, o resultado da ação política decorrente da necessidade de organização de novos sujeitos políticos que, entre outros fatores, se organizaram sobre uma concepção de saúde, sociedade e atuação do poder público (MENICUCCI, 2006). A questão central é que “a reforma sanitária brasileira foi impulsionada pela sociedade civil, e não pelo governo, por partidos políticos ou por organizações internacionais” (PAIM *et al.*, 2011, p. 11) e esse foi fator determinante desse processo.

Essa problemática se intensificava quando o campo da saúde tomou fôlego com o advento histórico de promulgação da Constituição que definiu os princípios gerais do novo sistema de saúde brasileiro:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 118-119)

Esse artigo apresentou um desenho do que seriam os princípios do SUS e os demais artigos que tratam da saúde também corroboraram com isso. Dessa forma, em 1990 as leis orgânicas do SUS foram publicadas, tanto a Lei n.º 8.080 quanto a Lei n.º 8.142 representando ainda mais avanços no direito à saúde. Isso fortaleceu ainda mais o movimento sanitário ensejando a introdução de instrumentos de participação social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde no texto constitucional (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003).

No que se refere a organização o sistema de saúde, ele está dividido em APS, atenção de Média e de Alta Complexidade (MAC), o que é um reflexo dos modelos de saúde anteriores e que deixa de lado a integralidade da atenção à saúde, princípio do SUS (GONDIM *et al.*, 2009). A APS é um eixo estratégico para estruturação do sistema a qual Starfield (2002) definiu

como o primeiro nível de atenção com papel organizativo de todo o sistema de saúde e com potencial de garantir a coordenação das ações e a continuidade do cuidado e, por isso, acumula entre suas atribuições ser porta de entrada, assegurar o vínculo entre os serviços e a sociedade com enfoque no cuidado da família e da comunidade.

A média complexidade, por sua vez, é definida como:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2007, p. 17)

Do ponto de vista normativo, também foi lançado um conjunto de portarias conhecidas como Normas Operacionais Básicas (NOB) que tiveram importância na mobilização de interesses de gestores, técnicos e estudiosos (PAIM, 2009). Ponto importante dessas normas foi impulsionar dois programas estratégicos: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (FAUSTO; MATTA, 2007). O foco desses programas quando criados tinha como intuito alcançar populações mais vulneráveis, atuar sobre a mortalidade infantil e epidemias (FAUSTO; MATTA, 2007).

As NOB foram atualizadas por mais de 15 anos buscando viabilizar a política do SUS, que se apresentavam como uma maneira de estabelecer responsabilidades sanitárias com vistas à participação dos três entes (união, estados e municípios) (PAIM, 2009). Todos os movimentos se voltavam para a operacionalidade do SUS, que já identificava diversos desafios.

No que se refere ao modelo de atenção à saúde, o modelo brasileiro tem enfoque nas ações e serviços de saúde pública, com forte papel do Estado, não com ações voltadas apenas à lógica curativista, mas com importante papel das ações preventivas e de promoção da saúde. Além da compreensão de que as doenças não possuem apenas relações biológicas, mas também é influenciada por dimensões da vida social e coletiva (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003). O modelo se volta ao alcance dos princípios da integralidade, equidade e universalidade além de suas diretrizes, entre elas a participação da comunidade.

O Sistema Único de Saúde representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros e, comemorando seus 20 anos de existência, conseguiu enfrentar muitas barreiras, o que resultou, sobretudo, no direito da população brasileira

de contar com um serviço de atenção à saúde. Sendo um sistema de saúde que está em construção, passa por inúmeras mudanças para efetivação dos seus ideários, tendo como pressupostos a promoção, proteção e recuperação da saúde. (SOUZA; COSTA, 2010, p. 515)

A constituição do SUS avançou em relação aos modelos de saúde anteriores e ampliou direitos. Porém, os desafios são múltiplos e perpassam questões como a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação dos serviços e ações de APS e seu papel na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde e o reconhecimento da autonomia dos entes federados (SOUZA; COSTA, 2010). São “dilemas conjunturais que desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos” (SOUZA; COSTA, 2010, p. 516).

Com a criação do SUS, o Brasil assumiu a responsabilidade de fornecer serviços e produzir políticas capazes de promover saúde para todos, com distintas necessidades (ROSA, 2016). No entanto, a concretização de direitos necessita de um agir político em que a efetivação de direitos está ligada a uma operação sistêmica de uma política de direitos fundamentais (BARTOLOMEI; CARVALHO; DELDUQUE, 2003). Mesmo acumulando funções como de “realizar ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, controle de vetores, educação sanitária além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM *et al.*, 2011, p. 20), há diferença no modo como cada grupo acessa esses e outros recursos.

A Constituição de 1988 visou descentralizar a execução das políticas públicas, notadamente as sociais, contudo, garantiu à União mais de 50 competências (material e legislativa), centralizando a iniciativa legislativa, em especial as tributárias, ficando os estados com a competência residual, diminuindo sua independência.

Mesmo a saúde, que tem concepção constitucional interfederativa (art. 198 da Constituição), não escapou desse centralismo. Ainda que o SUS se constitua como modelo integrativo de serviços federativos, vivendo uma interdependência sistêmica (federalismo cooperativo), que exige planejamento que contemple as necessidades locais e regionais de saúde para que o local não se perca no nacional, isso nem sempre foi fato pela dependência de transferências de recursos da União para os estados e

municípios e dos estados para o conjunto de seus municípios [...] que deveriam ser pautados, na forma da lei, por critérios previamente definidos, a divisão dos recursos ainda não cumpre com esta obrigação. (SANTOS, 2018, p. 2045)

O SUS têm como princípios a hierarquização e regionalização, a descentralização e a participação da comunidade, mas, como apontou Santos (2018), tanto estados quanto municípios são afetados por um centralismo regulatório exercido pela união. O SUS é desafiador do ponto de vista das políticas públicas, pois propor um sistema único e descentralizado politicamente exige uma arquitetura institucional potente para que tanto municípios de grande porte quanto os pequenos tenham suas necessidades de saúde supridas por meio de uma rede articulada e regionalizada (SANTOS, 2018).

Pensar em um sistema hierarquizado, como é o SUS, pressupõe a continuidade da assistência à saúde, do sistema de referência - que poderia ser grosseiramente compreendido como a conexão de um serviço ou nível de complexidade a outro, e garantir essa conexão - operacionalizando o que se compreende como a regionalização proposta pelo texto que constitui esse sistema. Desse modo, o nível da APS deve estar suficientemente qualificado e preparado para resolver as demandas que a ele se apresentam e havendo necessidade acionar os demais pontos da RAS, de forma organizada, hierarquizada e regionalizada (VIEGAS; PENNA, 2013). Uma rede organizada não é capaz apenas de garantir atenção ambulatorial e hospitalar, mas também de favorecer a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a ambiental, além da educação em saúde (VIEGAS; PENNA, 2013).

No entanto, a prática no interior do sistema é marcada por desafios. É comum que o acesso à atenção secundária (ou média complexidade) seja feito por meio de cotas pré-estabelecidas para cada município, que se utilizem de critérios de classificação de risco para conseguir regular serviços como estratégia para lidar com a ampla demanda em contraponto a disponibilidade assistencial dos municípios (VIEGAS; PENNA, 2013). A regulação na saúde trata-se de uma ferramenta de gestão utilizada, principalmente pelo Estado, para regular o sistema de saúde, a atenção à saúde e o acesso assistencial com as funções de promover a equidade, acessibilidade e integralidade dentro do sistema de saúde (SCHILLING; REIS; MORAES, 2006). Porém, ainda há falhas nesse processo de regulação, fazendo com que seja necessário a formulação de instrumentos que garantam, por exemplo, que a alocação de recursos médicos e hospitalares tenham como base a necessidade de cada indivíduo (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

As estratégias dos gestores para gerir os serviços colocam, por vezes, os usuários em dificuldades no interior do sistema de saúde. Além de demonstrarem a ausência de uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção à saúde que viabilize o que se chama de referência e contra referência.

Além disso, o retorno do especialista não é contrarreferenciado à ESF, pois a conduta estabelecida não é mencionada no prontuário do usuário. A sobrecarga de encaminhamentos para a atenção secundária foi atribuída, pelo gestor, à baixa resolutividade na atenção primária. [...] Esses encaminhamentos carecem de comunicação eficaz na referência e na contra referência para outros profissionais reforçando a lógica hegemônica e a fragmentação do cuidado/atenção (NO). No entanto, parte da responsabilidade no estrangulamento da atenção secundária é atribuída à população. Os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade remetem a uma lógica de direito e de trâmite livre na rede de atenção à saúde mediante as necessidades apresentadas pelos usuários. (VIEGAS; PENNA, 2013, p. 186)

Percalços como esses assolam SUS e tem levado a tendência de estruturação de subsistemas paralelos dentro do SUS com vistas ao atendimento de necessidades específicas, que não são compreendidas no interior do sistema e acabam acarretando dificuldades de coordenação e continuidade do cuidado (PAIM *et al.*, 2011), como é o caso da saúde indígena. Contudo, Paim *et al.* (2011) aponta que o desafio do SUS é ainda maior e está no campo político, visto que questões como financiamento e desigualdade não podem ser resolvidas apenas na esfera técnica.

2.2 AS MUDANÇAS INSTITUCIONAIS NA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA

A década de 90 foi composta por muitas mudanças institucionais impulsionadas pelo processo de redemocratização e no contexto da saúde amplamente relacionado à previsão constitucional do SUS. Entre essas mudanças estava a existência de legislação específica regulamentando as políticas públicas, a divisão de competências entre as três esferas de governos, a presença de conselhos nacionais e do controle social (MENEZES, 2012). Essas mudanças, no entanto, se deram em meio a diferentes ideias, interesses e configurações institucionais.

Entre os fatores capazes de influenciar as mudanças institucionais estava o papel desenvolvido pelos empreendedores de políticas envolvidos, o contexto político com maior ou menor poder de veto; maior ou menor grau de discricionariedade na interpretação e aplicação de regras, processos históricos envolvendo cada área de política pública, além do domínio sobre a agenda (MENEZES, 2012). A análise da conjuntura crítica das mudanças institucionais ocorridas na realidade brasileira possibilita o encontro de pontos de rupturas e crises econômicas que abriram oportunidades para mudanças. No que se refere ao campo da saúde é possível observar a atuação de múltiplos fatores que desencadearam as reformas no setor e fizeram com que entrassem na agenda decisória.

O processo de institucionalização da política de saúde indígena no país e as sequências temporais evidenciam atores e suas motivações em torno do tema. As políticas públicas envolvem escolhas constrangidas de diferentes atores, não são casualidades ou expressão única e exclusiva da vontade de governos. É clara a forte presença dos atores coletivos que envolvem trabalhadores organizados, a mídia, empresários, sociedade civil, entre outros grupos que mobilizam e fazem pressão dentro dos subsistemas. Frente a pluralidade de atores que podem estar envolvidos numa política pública Rua (1998) aponta que é crucial estabelecer quem tem alguma coisa em jogo, ou seja, quem irá ganhar ou perder alguma coisa seja direta ou indiretamente pelas decisões e ações que se relacionam com a política em questão.

No que se refere a política de saúde indígena há grupos que historicamente encontram-se envolvidos nos debates como: ruralistas, órgãos de políticas indigenistas, organizações internacionais em defesa de direitos humanos e associações e organizações indígenas nacionais. Esses atores apesar de atuarem em torno da mesma temática possuem ideias distintas e atuam na constituição de novas agendas que por vezes se traduzem ou não em mudanças institucionais. Para Pierson (2006) isso é uma característica das políticas públicas que podem ser entendidas como instituições à medida que moldam interesses, preferências e estratégias dos atores de um determinado setor.

É difícil que algum único modelo seja capaz de explicar as complexas relações entre o Estado e a sociedade civil no Brasil, mas é possível compreender como os atores se organizam para influenciar na formulação das políticas públicas a medida que "grande parte da atividade política dos governos se destina à tentativa de satisfazer as demandas que lhes são dirigidas pelos atores sociais ou aquelas formuladas pelos próprios agentes do sistema político, ao mesmo tempo que articulam os apoios necessários" (RUA, 1998, p. 2).

Por outro lado, Secchi (2013) já trata como os atores podem ser tanto indivíduos quanto instituições que influenciam os processos em políticas públicas e cita alguns exemplos como os

atores governamentais (burocratas, juizes, políticos e outros) e os não governamentais (grupos de interesse, partidos políticos, meios de comunicação, destinatários das políticas, organizações do terceiro setor, organismos internacionais, pesquisadores, especialistas, associações de classe e outros). As instituições, por sua vez, podem ser entendidas como regras, procedimentos, normas, símbolos e roteiros que interagem impondo ou incentivando a ação dos atores em torno dos seus interesses e objetivos.

A partir do entendimento de que as instituições são arenas de decisão em que transitam interesses, preferências e vontades diversas (NATALINO, 2016) também é possível entendê-las como atores políticos capazes de representar esses interesses (MENICUCCI, 2007). Elas podem, então, atuar como resultante da ação de diversas forças políticas e por outro lado estruturar comportamentos e decisões políticas. No interior das instituições as condutas são socialmente sancionadas e passam a introduzir certa previsibilidade e segurança nas relações sociais que se colocam. As políticas públicas, por sua vez, também podem ser entendidas como instituições e com isso estruturar comportamentos de atores políticos (NATALINO, 2016). Constituem-se de regras enraizadas e pontos de veto que alteram incentivos, estabelecem padrões de mobilização coletiva, ditam regras e influenciam a alocação e distribuição de diferentes recursos (MENICUCCI, 2007).

Diferentes literaturas tentam explicar ou caracterizar o processo de mudanças institucionais entre esses está o modelo dos múltiplos fluxos (*multiple streams*), de Kingdon. De acordo com Almeida e Gomes (2018) esse modelo entende o processo de políticas públicas como complexo, instável e sujeito a relações de poder entre os atores e incluem variáveis importantes como as ideias, a mídia e a opinião pública. Para o modelo de Kingdon as ideias, por exemplo, podem advir dos problemas que entram na agenda, das soluções apresentadas para resolvê-los e da movimentação dos fatores políticos (NATALINO, 2016). Menicucci (2007), por sua vez, diz que as ideias e ações são mobilizadas por políticas prévias que demonstram interações entre atores, interesses e escolhas. As ideias tratam dos valores, ideologias, concepções, soluções, símbolos e imagens (FARIA, 2003).

Afinando para a realidade da saúde indígena no Brasil, Pereira (2014) fez uma análise da política de saúde para os povos indígenas entre os anos de 1986 a 2013 à luz de um outro modelo de análise de políticas públicas denominado *Advocacy Coalition Framework* ou Modelo de Coalizão de Defesa. O autor conclui que as transformações no campo da cidadania estruturam a política de saúde indígena no país ao mesmo tempo que atrela o direito à saúde enquanto direito universal à diversidade cultural desses povos, o que desafia as bases dos serviços prestados. Além do campo da cidadania, verifica-se que o campo da medicina também

se alterou no país, quando a medicina social veio a reforçar o papel do Estado na política de saúde e evidenciou o papel dos determinantes sociais de saúde e dessa maneira impactou a construção do SASI.

Consequentemente, torna-se também parte do paradigma dominante da saúde indígena, principalmente quando o movimento sanitário, que carrega esse paradigma, traça uma proposta em conjunto com os movimentos indígenas e indigenistas, que carregam o paradigma de uma nova política indigenista, estruturando uma proposta que concilia as diretrizes de ambos. Dessa forma, não nasce apenas uma nova coalizão, mas um novo subsistema, pois surge como um novo eixo temático das políticas públicas. (PEREIRA, 2014, p. 116)

A partir dessas análises, se verifica a existência de duas coalizões sobre a ideia de como a política indigenista deveria se organizar: ser unificada e integrada; ou se dividir entre ministérios (PEREIRA, 2014).

No subsistema de saúde indígena, essas coalizões competem para transformar suas crenças em políticas, tendo como pivô num determinado momento a disputa entre FUNAI e FUNASA. Como foi observando nos documentos, a disputa entre a FUNAI e a FUNASA não é apenas uma disputa entre fundações, ou mesmo interministerial, como sugerem os textos a respeito, mas entre coalizões, pois temos diversos atores externos a essas instituições tomando um lado ou outro. Ao longo dos anos posteriores observamos essa discussão sempre retornando em diversas instâncias e fórum, muitas vezes por atores distintos dessas instituições, como senadores, deputados, o MPF, movimentos sociais, entre outros, que em determinado momento até defendem que a centralização da política indigenista não ocorresse na FUNAI, mas em um novo órgão, enquanto a outra coalizão defende que a descentralização ocorra na SESAI. Portanto, trata-se mais de uma disputa em torno de ideias e das alianças informais que se estruturam em torno delas, e menos de uma disputa entre instituições específicas. (PEREIRA, 2014, p. 116)

A disputa entre essas coalizões foram fundamentais para o processo de mudança da política, mas não se apresentaram como suficientes para quebrar o *status quo*. Pereira (2014) elencou os fatores que causaram instabilidade e mudanças na política de saúde indígena, um

desse foi a articulação do movimento indígena e o movimento sanitário o que de acordo com o autor formou uma coalizão tanto na política de saúde indígena quanto na política indigenista, momento de transformação do sistema de saúde e da democracia. Isso ocorria no ano de 1991 e expunha uma crise generalizada na Fundação Nacional do Índio (FUNAI), financeira, ideológica visto que se contrapunha ao modelo de saúde pública que se colocava e ainda a ausência de representatividade que simbolizava aos indígenas (PEREIRA, 2014).

Nesse ambiente de disputa entre as coalizões com diferentes propostas ocorre o impacto externo que atrai atenção e mobiliza opinião pública nacional e internacional, que são as notícias que expõem a situação crítica das terras Yanomamis com a invasão garimpeira, evidenciando as falhas da FUNAI na condução da política indigenista e da saúde indígena. Nesse sentido, a aproximação entre movimentos indígenas e movimentos ambientalistas, apontada por ULLOA, torna-se relevante devido à pressão das organizações ecológicas e instituições financeiras que dirigem suas críticas à política ambiental brasileira na proximidade da ECO 92, enxergando indigenismo e ambientalismo como duas áreas indissociáveis. Esse impacto externo promove a abertura das oportunidades para a substituição das coalizões dominantes, tendo sucesso na disputa a coalizão que defende o novo Paradigma. Essa nova política é o resultado das reformas do subsistema de saúde com a Reforma Sanitária, e do subsistema indigenista com a descentralização da política indigenista. (PEREIRA, 2014, p. 118)

Outras três mudanças são identificadas uma em 1994, outra em 1999 e a última em 2010; esses pontos fazem um breve resumo do percurso da saúde indígena. Em 1994 o cenário que se colocou foi conflituoso, acirrando as relações e evidenciando posições de distintos órgãos a favor ou contra e outros agenciando soluções e dessa maneira a oportunidade de mudança se dá pelas falhas da instituição responsável na época, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (PEREIRA, 2014). A instituição não conseguia operar os princípios do SUS na realidade indígena desencadeando o processo de divisão de responsabilidades entre duas instituições, FUNAI e FUNASA.

Já em 1999, Pereira (2014) aponta que a disputa entre as coalizões estava em alta e ambas as instituições sofriam com o sucateamento. A disputa das coalizões se insere então no legislativo, quando se encaminha ao congresso a proposta de criação do SASI (PEREIRA, 2014). Outro ponto importante das análises utilizando-se modelos de políticas públicas é o

destaque de que o Ministério Público Federal (MPF) integrou como importante ator junto a coalizão que pleiteava a descentralização da política indigenista e concomitante a isso apontando como ilegal a atuação da FUNAI, órgão indigenista, na saúde (PEREIRA, 2014). Esses processos culminaram na devolução da responsabilidade da saúde indígena para a FUNASA.

Por fim, a mudança de 2010, de acordo com Pereira (2014), surge da necessidade de uma nova coalizão que questionava o modelo da FUNASA que envolvia, entre outras questões, a terceirização e a municipalização das ações. Essa nova coalizão defende então a criação de uma nova secretaria, favorecida pelas notícias sobre a mortalidade infantil indígena por desnutrição que trazem novos atores ao debate do caso da saúde indígena no país (PEREIRA, 2014). O processo de transição demorou dois anos devido a impasses administrativos e jurídicos que vão desde a forma de contratação de indígenas para atuar no subsistema até os impeditivos a transferência de atribuições dos municípios.

[...] há a continuidade das principais falhas e impasses, e há uma continuidade da disputa entre as coalizões, a tendência de que, acompanhada de um impacto externo futuro, a política de saúde indígena sofra nova reconfiguração institucional com uma nova tentativa de se adequar ao seu Núcleo da Política, ou eventualmente a um novo que possa emergir, com novas reestruturações do modelo; ainda é uma tendência que pode ser considerada, prolongando a instabilidade do subsistema de saúde indígena. [...] Apesar das coalizões e atores mudarem, as coalizões que defendem a descentralização e a centralização da política indigenista continuam reaparecendo ao longo do espaço de tempo analisado, com novas propostas para traduzirem suas crenças na política. Mesmo quando a questão está aparentemente encerrada, ela ressurge, sendo a última tentativa vinda do Senado, de fundar uma nova Secretaria que uniria FUNAI e SESAI, apenas um ano após a SESAI ser criada; portanto, este debate ainda não se fechou, nem as duas coalizões deixaram de competir. (PEREIRA, 2014, p. 120)

Esses resultados corroboram com o de outros estudos do campo da saúde coletiva e das ciências sociais que se debruçam no estudo da política de saúde indígena (CARDOSO *et al.*, 2012; GARNELO, 2012; 2014; PONTES *et al.*, 2019). Expõem que a política de saúde indígena é algo ainda em construção, no sentido que ainda há muito que se pensar para que o direito à saúde destes povos esteja garantido de forma equânime e integral. Análises desta conjuntura

histórica, que colocam como os atores e instituições foram fundamentais para o processo de mudança nessa política, explicam muito do cenário atual.

2.3 O FEDERALISMO E A POLÍTICA DE SAÚDE INDÍGENA

O Brasil é uma federação, conforme assegurado nas disposições constitucionais de 1988, caracterizando-se pela pluralidade das organizações políticas dotadas de poderes e competências próprias (SANTOS; ANDRADE, 2011). O sistema brasileiro se caracteriza como um tripo federalismo, devido a incorporação dos municípios junto com os estados como integrantes da federação (SOUZA, 2005). Souza (2005) apresenta que isso manteve a longa tradição de autonomia dos municípios atrelado a um potencial de controle escasso dos estados em âmbito local.

Apesar do federalismo ter se vinculado a discussão sobre descentralização, caracterizá-lo como centralizado ou descentralizado, no caso brasileiro, não esgota sua complexidade (SOUZA, 2005). A exemplo da complexidade vivenciada no âmbito brasileiro está o fato de que apesar de estados e municípios terem poucas competências constitucionais exclusivas estes possuem autonomia e responsabilidades elevadas no que diz respeito a implementação de políticas públicas federais (SOUZA, 2005).

A constituição de 1988 impactou o federalismo brasileiro e entre as mudanças trazidas por ela Souza (2019) citou o reconhecimento dos direitos sociais, a universalização do acesso à saúde e o aumento das competências concorrentes entre os entes. Na visão da autora, essa última mudança foi responsável pela “base para o desenho atual das políticas públicas, notadamente as sociais, com regulação federal e implementação quase sempre local” (p.5).

No contexto da saúde, de fato o desenho do federalismo isso impôs importantes desafios e complexidades a operacionalização do SUS visto que o alcance dos seus princípios e diretrizes está intimamente ligado à interconexão dos serviços que o compõe, como descreveram Santos e Andrade (2011):

Na saúde, é fundamental que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão de um ou de outro município a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. Por isso a necessidade de articulação entre os entes federativos para compor uma rede interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica, numa interdependência política,

administrativa e financeira, sem hierarquia e sem perda de autonomia. (SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 1677)

Dessa maneira questões relacionadas à gestão, planejamento e financiamento no âmbito do SUS exigem espaços compartilhados de articulação, compreendidos em espaços de articulação interfederativa. Para que essa articulação se efetive as relações entre os entes federados é substancialmente alterada para que interesses e necessidades de saúde dos territórios se coloquem como prioritários (FLEURY, 2002). Essa articulação se torna complexa, em parte devido a fatores como a grande variação populacional, diferenças socioeconômicas e distintos graus de capacidade estatal entre os entes, associados a grande extensão da federação que conta com mais de cinco mil municípios, vinte e seis estados, o Distrito Federal e a união (JACCORD; VIEIRA, 2018).

Os desafios do federalismo se somam aos desafios de manutenção e gestão de uma política pública nacional como o SUS, fazendo com que além dos esforços coordenados da união e dos estados, os municípios tenham papel importante de colaboração (JACCORD; VIEIRA, 2018). No modelo proposto para o SUS todos os entes federativos têm como dever a garantia do direito à saúde. No entanto, no cenário do federalismo brasileiro é difícil saber até onde vai a competência de um ou outro ente, pois não há normativa suficiente que realize essa divisão e ao mesmo tempo abarque as especificidades que se apresentam ao campo operacional da política de saúde. Lembrando ainda que não trata de mera divisão de competências visto que princípios e diretrizes que garantam a integralidade em saúde bem como a regionalização não podem ser deixados de lado.

No entanto, os anos transcorridos desde a implementação do SUS possibilitaram avanços na proposta de articulação interfederativa e é possível ver que em algumas políticas e serviços já foi possível estabelecer de forma mais clara as responsabilidades compartilhadas necessárias à sua condução; também houve a criação de instâncias de pactuação e definição de repasses financeiros aos municípios vinculados a aplicação em áreas ou políticas específicas (JACCORD; VIEIRA, 2018). A literatura já registra contribuições sobre distintos aspectos da articulação interfederativa, registrados os impasses impostos pelo federalismo, bem como as estratégias para lidar com essa realidade no campo da saúde (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002; MACHADO *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2018), porém as análises são escassas em relação ao federalismo e a política de saúde indígena.

Aith (2008) discorreu sobre a saúde indígena no Brasil e o que ele chamou de quadro jurídico-administrativo brasileiro; entre suas análises ressaltou como o desenho constitucional dirigiu à união papel estratégico na proteção aos indígenas visto que a união também compete

à demarcação das terras indígenas. No campo da política de saúde indígena esse papel estratégico da união também se manteve, incluindo competências relativas ao financiamento das ações e atenção à saúde e gestão da atenção à saúde. O autor também registrou que, no que diz respeito ao financiamento, tanto estados quanto municípios fizeram aportes muito incipientes na saúde indígena apesar da grande necessidade de melhorias e o papel de atuarem complementarmente, como definido legalmente.

A implementação da PNASPI e do SASI confrontou o formato de atenção à saúde vigente, pois apesar do SASI e de seu compromisso legal com a descentralização, a hierarquização, a regionalização e sua vinculação ao SUS, ele impôs novas estruturas e serviços. Se o federalismo brasileiro já causa impasses à política de saúde, a criação dos distritos sanitários confronta ainda mais esse modelo. Enquanto o SUS ampliou a autonomia dos municípios, descentralizou serviços e estabeleceu a regionalização com estratégia de implementação da política de saúde na saúde indígena o processo foi distinto. A PNASPI e o SASI são altamente centralizados como responsabilidade da união e a complementaridade atribuída aos municípios e estados não diz muito sobre o que compete ou não, em especial no âmbito da APS.

O modelo de atenção à saúde indígena por DSEI impôs, informalmente, novos entes federados, pois passaram a atuar como municípios se ocupando estritamente das questões de saúde indígena. A atuação do SASI não se encontra compartilhada com estados e municípios, pois não qualquer autonomia decisória atribuída a esses. A decisão pela centralização de grande parte das responsabilidades na união foi uma forma de resguardar os direitos indígenas, contudo há consequências organizativas desse processo que ainda permeiam o cotidiano da atenção à saúde e que serão tratadas nessa tese.

Dourado e Elias (2011) analisa o quanto a gestão de políticas públicas nas federações se beneficiam de processos compartilhados, espaços de negociação e cooperação. Entretanto, essas compreensões e necessidades não ficam claras para a PNASPI nem para o SASI e menos ainda no campo operacional.

Nesse contexto, a gestão de políticas públicas nas federações exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico em prol do bem-estar coletivo. [...] As estruturas que promovem a negociação direta entre as autoridades locais privilegiam a autonomia dos entes federados e buscam construir arranjos de cooperação a partir da interação horizontal [...] (DOURADO; ELIAS, 2011, p. 205-206).

Dessa maneira, considerando essas estratégias exitosas já identificadas avalia-se que há que se aprofundar em análises sobre a política de saúde indígena e sua relação com o federalismo. Sendo necessário compreender quais os impasses impostos a essa política, bem como entender porque as estratégias, como as apontadas por Dourado e Elias (2011), para minimizar os desafios do federalismo na implementação de políticas públicas que não tem sido absorvidos, conjuntamente, pelo SASI e os entes federativos.

Além disso, Pinto, Martins e Olivera (2020) analisaram o quanto a pandemia de COVID-19, em 2020, tensionou o federalismo brasileiro. Foram necessárias distintas estratégias para enfrentamento da crise sanitária e em meio a isso a crise no federalismo se acirrou quando os entes federados passaram a não compartilhar de decisões como aquelas relativas ao isolamento e distanciamento social, necessários a diminuição da propagação do vírus (PINTO; MARTINS; OLIVERA, 2020). Após suas análises, Pinto, Martins e Olivera (2020) concluíram que a pandemia tensionou a autonomia e cooperação dos entes, dois fundamentos do federalismo, claramente abaladas por fenômenos como a não aceitação das orientações sanitárias de autoridades internacionais por parte do governo federal.

Nesse cenário de desgaste os estados se utilizaram de garantias constitucionais que os autorizam, em tempos de calamidade pública, a exercer autonomia administrativa para proteção e defesa da saúde, enquanto os municípios se ocuparam dos interesses locais (PINTO; MARTINS; OLIVERA, 2020). Dessa maneira, vale lembrar que a política de saúde não se encontra sob gestão de estados e municípios, se encontrando sob gestão federal e durante a pandemia as ações de saúde dentro do subsistema de saúde indígena seguiram as orientações federais. O que se observa, então, é que tanto antes, quanto durante a pandemia de COVID-19 a discussão sobre o federalismo é parte importante da discussão sobre a política de saúde brasileira e suas reconfigurações e dinâmicas cotidianas.

2.4 A VIOLÊNCIA E OS POVOS INDÍGENAS

A violência é tema de estudo de distintas áreas de conhecimento que analisam aspectos como seus efeitos, formas que se apresentam e são entendidas socialmente, pode ser discutida do ponto de vista econômico, sociológico, da saúde pública, mas há unanimidade em reconhecer que é um debate complexo. Independente da área de conhecimento que tente explicar o fenômeno é unânime a multicausalidade e complexidade em definir e atuar sob a violência (SACRAMENTO; REZENDE, 2006; DAHLBERG; KRUG, 2007; JORGE, 2002).

Tavares-dos-Santos e Barreira (2016) apontam que na América Latina a violência apresenta questões de ordem social que se baseiam em concepções repressivas, com uma polícia autoritária e que produz uma estigmatização de vários grupos sociais, entre esses indígenas, negros e grupos em situação de vulnerabilidade social, e, além disso, criminaliza movimentos sociais. Os autores apresentam que as produções sociológicas das últimas duas décadas na América Latina em torno do tema se concentraram em análises de violência difusa (com predomínio da violência urbana) e em outra vertente a conflitualidade social em que os atores centrais são tanto povos originários (conflitos de terras e luta por reconhecimento de suas identidades) quanto jovens. Tavares-dos-Santos e Barreira (2016) situam, ainda, a violência do Estado que se expressa tanto fisicamente (brutalidade policial) quanto simbólica (questões como a seletividade do poder judiciário).

O campo da saúde pública e da saúde coletiva também vem contribuindo amplamente para esse debate. Em 2015, as causas externas ocuparam o terceiro lugar entre as causas de morte e evidenciou que violência gera uma forte pressão nos sistemas de saúde, justiça e serviços sociais (MALTA *et al.*, 2017). De modo geral, o que se verifica é o forte impacto das diferentes formas de violência na morbimortalidade, a perda da qualidade de vida das pessoas e ainda o aumento significativo dos custos sociais relacionados à saúde, assistência, educação e trabalho (BRASIL, 2016).

Para Minayo (2007) a transição epidemiológica é relevante para o debate sobre a violência e pode ser um exemplo claro da junção de questões sociais e problemas de saúde. Schraiber e D'Oliveira (1999) expuseram que há uma dificuldade de se formular um campo de intervenção e saberes próprios para o tema da violência e que pode explicar o porquê muitos dos estudos trataram do tema sob uma perspectiva de invisibilidade social. No entanto, muitos dos apontamentos das produções no campo da violência evidenciam historicamente a necessidade de pensá-la de forma intersetorial. A intersetorialidade nas políticas públicas, por sua vez, tem trazido uma importante articulação de saberes técnicos, integrando agendas coletivas e compartilhando objetivos, ao mesmo tempo tem aberto novos problemas e desafios que escancaram a fragmentação e incoerência de formas de fazer política pública (NASCIMENTO, 2010).

Contudo, apesar do avanço nas discussões sobre a violência, Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) identificaram que entre as ausências de abordagens sobre a violência estão aquelas destinadas a segmentos populacionais específicos e enfoques de raça, etnia e até mesmo de gênero. Há relações complexas que perpassam com o tema da violência, algumas já explicitadas em estudos (JORGE; YUNES, 2001; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO,

2006;), como a sua relação com a pobreza, com a iniquidade social. Iniquidades sociais estão relacionadas às carências socialmente determinadas que condicionam pessoas e grupos a formas desiguais de acessar bens e serviços relacionados a aspectos mínimos de dignidade humana que são a expressão da ampla violação de direitos (FLEURY, 2011). A persistência de pessoas e grupos populacionais nessa realidade desigual se exprime em elevados índices de vulnerabilidade social, estes impactados pela dificuldade ou falta de acesso à saúde, renda, trabalho, educação, habitação e cultura que se acirram quando condenam determinados grupos populacionais a determinados problemas de saúde, mortalidade por causas evitáveis e a uma amplitude de condições de vida injustas e desnecessárias (FRENK; MOON, 2013).

Além disso, há uma ampla discussão sobre DSS e diferentes modelos que tentam atuar sobre eles. A discussão realizada sobre o tema já avançou em compreender que muitos segmentos sociais se encontram mais impactados por esses determinantes e apesar de avanços tecnológicos ainda não se tem um modelo capaz de confrontar em sua totalidade a realidade que é vivenciada por esses segmentos em situação de vulnerabilidade social injusta e desnecessária (ARCAYA, M.; ARCAYA, A.; SUBRAMANIAN, 2015). Dahlberg e Krug (2007) demonstraram que a entrada de alguns grupos e temas na pauta da violência se deram de forma progressiva: primeiro crianças e adolescentes, seguidos de questões de gênero, idosos, violência no trânsito, violência do trabalho e somente depois disso que a pauta começou a ser aberta, timidamente, a uma discussão que englobasse questões étnicas, raciais e de gênero.

É nessa realidade que estão localizados os povos indígenas, bem como outras populações em situação de vulnerabilidade social. Há uma negação sistemática de direitos desses povos como a negação dos seus hábitos culturais e modos de vida até mesmo em documentos oficiais brasileiros como o antigo Código Civil (CC). Verifica-se que há um descredenciamento a direitos que é amplamente utilizado para justificar a condescendência a exclusão, legitimar o racismo, a discriminação e a negação a culturas diferenciadas. Superar desigualdades é um caminho contra a violência.

Para o campo das políticas públicas podemos realizar reflexões sobre a constituição de agendas e dos processos anteriores a elas. A agenda de políticas públicas trata de prioridades estabelecidas por governos os quais depreendem esforços para seu alcance (RUA; ROMANINI, 2013), para que se torne objeto de política pública. No entanto, é sabido que nem todos os atores sociais conseguem propor agendas e que existem situações que sequer chegam a ser incluídas na agenda governamental por barreiras culturais, institucionais que os impedem. Rua e Romanini (2013) apresentam que há questões que se tratam de uma “não-decisão” que é meramente uma ausência de decisão, mas que em outros casos são ainda mais complexas, pois

se tratam do “emperramento do processo decisório” porque envolvem temas que ameaçam interesses ou contrariam códigos de valores de uma sociedade.

Por outro lado, observando a violência como um problema de saúde pública a PNASPI, de 2002, faz menção a violência e aponta que “as causas externas, especialmente a violência e o suicídio, são a terceira causa de mortalidade conhecida entre a população” (BRASIL, 2002, p. 11). Em consequência disso, a política prevê ações de acompanhamento, monitoramento e desenvolvimento de ações para coibir agravos de violência (suicídios, agressões e homicídios, alcoolismo) em decorrência da precariedade das condições de vida e das questões territoriais (BRASIL, 2002).

Nesse cenário não poderia ser diferente que os dados evidenciem que há um acúmulo de opressões e violências que os povos indígenas sofrem retratando uma correlação entre a violência e a condição sociocultural, experienciado em especial por mulheres negras e indígenas (IPEA; FBSP, 2018). É fundamental pensar como a violência se apresenta na vida desses povos e da sociedade em geral é fundamental para entender como as políticas públicas se organizam e se modificam. Nessa tese é possível observar como a violência perpassa questões da gestão da saúde indígena, ditam formas de acesso a serviços e insumos de saúde, ou seja, como a violência perpassa o direito à saúde desses povos.

3 OS POVOS INDÍGENAS

Poderia dedicar a tese inteira a falar sobre as questões indígenas e certamente não as esgotaria. Neste capítulo faço um apanhado de alguns pontos necessários e importantes a discussão que encontram-se subdivididos em três subcapítulos: o primeiro na dimensão macro trazendo questões relativas à demografia, as condições de saúde e organização dos povos indígenas no Brasil, situando esse universo; seguido de um subcapítulo a respeito do protagonismo indígena, sua importância e influência na definição de políticas para esses povos; e por último a disposição e organização do modelo de atenção à saúde indígena vigente no país.

3.1 NOTAS SOBRE A DEMOGRAFIA E SAÚDE

A captação de dados sobre os povos indígenas aumentou consideravelmente tanto no Brasil quanto na América Latina como um todo (DEL POPOLO *et al.*, 2011; LOVEMAN, 2014). Um dos motivos é a inclusão de questões de pertencimento étnico em censos nacionais (BASTOS *et al.*, 2017). Em 2010 o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentou que o Brasil possuía 817 mil pessoas que se autodeclararam indígenas, sendo quase metade dessas mulheres indígenas.

Apesar dos números do último censo apresentarem um crescimento da população indígena de 177% nos últimos 20 anos (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2019) esse número ainda reflete os processos históricos de colonização, ampliação das estradas e ferrovias, frentes de exploração econômica em seus territórios tradicionais que promoveram um genocídio dos povos indígenas. Esses fatores levaram ao território indígenas doenças como malária, sífilis e tuberculose (ROSEMBERG, 2013) além da aniquilação física a que foram submetidos.

Nos últimos anos muitas análises foram feitas tendo como base os dados censitários de 2010 um desses a respeito do perfil dos domicílios demonstrou que 2.724 indígenas (0,4% dos indígenas contabilizados no censo) residiam em domicílios que se enquadraram na categoria “particulares improvisados” (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017). Esses números superaram todas as demais análises com recortes de raça e cor e representam duas vezes mais indígenas em domicílios improvisados quando comparados à população em geral do país (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017).

Marinho, Caldas e Santos (2017), apontaram em suas análises que quando observadas as diferenças entre as Unidades da Federação (UF) o RS, Amazonas e o Mato Grosso do Sul apresentaram as maiores frequências, em números absolutos, de indígenas em domicílios

improvisados. Além disso, se observou que a região sul do país apresentou taxas que superaram a observada para o país como um todo, 9,7 por mil, enquanto o país 3,3 por mil e se manteve em evidência em várias das análises realizadas (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017).

Quanto à distribuição nas Unidades da Federação, as mais elevadas proporções de indígenas em domicílios improvisados foram observadas no Rio Grande do Sul - RS (15,0% do total no país), Mato Grosso do Sul - MS (14,5%) e Amazonas - AM (13,6%) [...]. Na situação rural, essas três UFs também apresentaram as mais elevadas frequências (13,7%, 15,3% e 18,6%, respectivamente). RS e MS se destacaram pelas maiores ocorrências na situação urbana (16,4% e 13,4%, respectivamente). Todas as UFs da Região Sul (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) apresentaram taxas de indígenas em domicílios improvisados superiores a 5,0 por mil, alcançando 12,3 por mil no RS. Na situação urbana, foram observadas taxas superiores a 10,0 por mil no Acre (18,9), Rio Grande do Sul (14,5) e Mato Grosso do Sul (11,3). Na rural, as três UFs da Região Sul também se destacaram por apresentarem taxas mais elevadas. (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017, p. 87)

Ainda há muito que avançar na captação de dados sobre os povos indígenas. Isso pode ser visto no fato dos próprios critérios que caracterizam um domicílio como improvisado no censo de 2010 não considerarem a dimensão antropológica dos modos de vida indígena incluindo a habitação (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017). Se verificam ausências e irregularidades quanto às informações epidemiológicas e demográficas dos povos indígenas, atrelado a precariedade dos sistemas de informação em saúde (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003) e que sejam capazes de abarcar a sociodiversidade indígena (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017).

Nos estudos de morbidade e mortalidade, por sua vez, apesar de não abarcar a totalidade da população indígena brasileira é possível identificar até mesmo taxas de três a quatro vezes maiores do que a população em geral (PELLEGRINI, 2000). Entre os desafios das análises demográficas e epidemiológicas dos povos indígenas está o desenvolvimento da capacidade de considerar a sociodiversidade desses povos, bem como as trajetórias sociais e históricas (SOUZA; SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2010). As diferenças entre etnias indígenas e entre cada região do país são importantes para estudos de natureza demográfica e epidemiológica.

Além disso, o número de terras indígenas regularizadas no país é muito baixo, o que corrobora com a frequente presença de indígenas em acampamentos em condições precárias, geralmente sem esgotamento sanitário, sem coleta regular de lixo e com baixa ou nenhuma infraestrutura. A situação de vulnerabilidade influencia diretamente nas condições de acesso a serviços e ações de saúde e na dificuldade de garantia de outros direitos indígenas assegurados constitucionalmente, o que remete ao período de colonização e apresenta resquícios de grandes massacres já ocorridos no Brasil pautados sobre o preconceito étnico e cultural (HECK; LOEBENS; CARVALHO, 2005).

Esses povos têm apresentado, cotidianamente, especificidades aos serviços de saúde advindos da língua, aspectos culturais, modos de vida e saúde não contemplados em grande parte das formações profissionais e nos serviços de saúde, mas que exigem olhar diferenciado. Há dificuldades latentes no que diz respeito ao acesso à saúde, principalmente no âmbito dos municípios.

As necessidades de adequação do sistema de saúde à realidade dos povos indígenas se assentam sobre diferentes concepções de corpo, saúde-doença e bem estar, enfim, sobre modos de vida e processos distintos de produzir saúde. De certa forma, para reconhecer o que os indígenas trazem como legítimo e singular à sua necessidade de saúde, é preciso qualificar a escuta e o diálogo. Para que os serviços de saúde sejam permeáveis às práticas tradicionais e saberes indígenas e também para que a rede de saúde do SUS possa apreender e incluir as necessidades dos indígenas na construção dos projetos terapêuticos singulares, é preciso garantir uma escuta qualificada. (ROSADO, 2018, p. 23)

O que se observa é uma ampla complexidade desde o ponto de vista étnico até a estruturação de serviços que comportem essa diversidade dos povos indígenas. Barreto (2017) apresenta um caso prático disso quando relata o caso de uma indígena em atendimento hospitalar em que os profissionais se negam a dialogar com os sistemas de conhecimentos indígenas e com isso é necessário acionar estruturas do judiciário para ter os direitos indígenas garantidos. Infelizmente, é uma realidade comum no país. O autor relata a criação do Centro de Medicina Indígena da Amazônia, na cidade de Manaus, uma experiência de que é possível ter serviços de saúde que tenham como preceito o respeito a cultura indígena, pois o centro tem como objetivo fortalecer os conhecimentos indígenas e traçar caminhos para que seja possível ter atendimentos em saúde que articulem as diferentes formas de curar e viver.

A Constituição de 1988 foi fundamental para reposicionarmos as questões relativas à saúde indígena, porém os avanços reais se deram com a criação do SASI, em 1999. Esse subsistema visou, entre outros, alcançar a compreensão ampliada de saúde proposta pelo SUS e operacionalização de direitos indígenas após a forte pressão do movimento social indígena em 1993 na II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2019). Esse subsistema é complexo e, em linhas gerais, consiste na formação de serviços interligados que produzem cuidados específicos aos povos indígenas, desde o cotidiano nas aldeias até o tratamento de doenças graves na média e alta complexidade por longos períodos distante de seus territórios tradicionais. O modelo de atenção à saúde proposto por esse subsistema será tratado nos capítulos que se seguem.

Apesar do subsistema ser um marco para a política de saúde indígena já há estudos que apontam que os serviços que compõem o SASI, em sua maioria, se propõem a oferecer a biomedicina sem estabelecer diálogos interculturais, conforme preza a legislação que o institui (CARDOSO, 2014). Scliar (2007), fala sobre a importância do conceito saúde ser trabalhado de forma ampla, visto que a saúde e a doença não representam a mesma coisa para todas as pessoas e dependerá da época, do lugar, da classe social; dependerá de valores individuais; dependerá de concepções científicas, religiosas e filosóficas. As questões inerentes à saúde e aos processos de adoecimento devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais ocorrem bem como a formulação e operacionalização das políticas públicas, o que ainda é um grande desafio ao SUS.

O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas correlacionou os contextos socioambientais injustos, os processos históricos de expropriação, e discriminação as condições de vida adversas e a desestruturação dos sistemas tradicionais de subsistência e autocuidado desses povos ampliando a situação de vulnerabilidade que se sobressai aos demais segmentos da população mesmo quando comparadas às camadas brasileiras mais pobres (ROCHA; PORTO; PACHECO, 2019). Isso reflete processos de violência sistemática que operam de distintas formas que vão desde a incompatibilidade que se apresenta entre os projetos econômicos que não contemplam os modos de vida dos povos indígenas até incapacidade estatal de operar as políticas públicas já previstas legalmente.

A redução das iniquidades em saúde no Brasil demanda estratégias que tenham como foco a construção de indicadores de saúde para grupos populacionais específicos (CAMPOS *et al.*, 2017), entre esses os povos indígenas. Ampliar a capacidade de apresentar indicadores de saúde é um passo importante para reduzir desigualdades entre os povos indígenas e a população em geral (ANDERSON *et al.*, 2016).

A pandemia de COVID-19, que atingiu o Brasil ainda nos primeiros meses do ano de 2020, lembrou como as epidemias, historicamente, afetam os povos indígenas. Esses povos apresentam alta vulnerabilidade a infecções respiratórias agudas (FLINT *et al.*, 2010; LA RUCHE *et al.*, 2009), atrelado ao fato de que o potencial de transmissão de vírus respiratórios entre os indígenas é elevado, como pôde ser visto com o vírus da Influenza A, H1N1, e do vírus sincicial respiratório (CARDOSO *et al.*, 2019). Informações levantadas no começo da pandemia já alertavam sobre a vulnerabilidade dos povos indígenas ao COVID-19:

Mesmo fora dos períodos epidêmicos, as infecções respiratórias agudas se situam entre as principais causas de morbidade e mortalidade em populações indígenas, afetando sobretudo o segmento infantil. Também no caso das infecções respiratórias agudas, determinantes sociais estão estreitamente associados a esse perfil. Por ser uma doença nova, ainda não sabemos como será o comportamento da COVID-19 em comunidades indígenas, mas é possível afirmar que sua chegada impõe grandes desafios às comunidades indígenas, às autoridades de saúde e a toda a sociedade brasileira para promover a proteção desse segmento populacional vulnerável ao impacto da pandemia. (CODEÇO *et al.*, 2020, p. 4)

Nos primeiros meses, após o começo da pandemia no Brasil, já se sabia que grande parte dos povos indígenas que residem em zona urbana e 22% da população indígena residente na zona rural encontravam-se em municípios considerados de alto risco de epidemia de COVID-19 a curto prazo (CODEÇO *et al.*, 2020).

Meneses-Navarro *et al.* (2020), apontaram que a pandemia representa uma preocupação para os povos indígenas, consideradas as barreiras aos serviços de saúde, a profunda discriminação, vulnerabilidade social, incluindo a barreira linguística. Os autores sinalizaram inclusive que os governos não se preocuparam em produzir estratégias e elaborar materiais especificamente direcionados a comunidades indígenas, em especial as rurais. Para estes o combate à epidemia junto às comunidades indígenas enfrentaria quatro desafios: a desconfiança nas autoridades e descrença da gravidade da pandemia; a desinformação; o acesso limitado à água e outros insumos necessários às medidas de prevenção; e o desemprego generalizado impulsionando a migração. Apontaram que para enfrentar esses desafios era preciso criar canais de comunicação claros e compreensíveis a realidade indígena, preparar planos de ação específicos que garantissem atendimento em todos os níveis de atenção à saúde (primária,

secundária e terciária) de forma integral; e combater a discriminação nos serviços de saúde (MENESES-NAVARRO *et al.*, 2020).

Em 13 de junho de 2020 já havia 2.894 casos de COVID-19 entre os indígenas no país e 97 óbitos, números esses que retratam apenas a situação dos indígenas que se encontram aldeados uma vez que são dados informados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e podem ser entendidas como uma subnotificação visto que os indígenas que se encontram fora de aldeias, aqueles que se autodeclaram, ficam fora da conta (SOUZA *et al.*, 2020). Já em 15 de fevereiro de 2021 o Boletim Epidemiológico da SESAI (BRASIL, 2021) contabilizava 42781 casos confirmados de COVID-19 e 567 óbitos entre os indígenas. Contudo, Carneiro e Pessoa (2020) alertaram que durante a pandemia o Brasil estava registrando um “apagão inédito” de dados oficiais e que a situação dos indígenas durante esse período é trágica. Os autores apontaram que desde o início da pandemia formatos paralelos de vigilância ao COVID-19 tem se estabelecido devido a inoperância dos órgãos oficiais, como a criação de um consórcio para utilizar dados das SES e dispor essas informações a sociedade. Além disso, com relação especificamente aos indígenas dados dos órgãos oficiais não são os mesmos contabilizados pelas organizações indígenas e Carneiro e Pessoa (2020) já haviam registrado que ainda em 2020, somando os dados oficiais e os casos subnotificados identificados pelas organizações indígenas o número de óbitos entre os indígenas já se encontrava em 929.

Os casos em indígenas não aldeados devem ser notificados quando esses acessam o SUS em outros serviços na atenção primária ou hospitalar, por exemplo. Porém, para que pudéssemos afirmar que não há subnotificação seria necessário que os campos raça e cor dos instrumentos de coletas de informação fossem corretamente preenchidos o que não é uma realidade nacional (SANTOS; COELHO; ARAÚJO, 2013; WERNECK, 2016).

A pandemia expõe falhas crônicas nos serviços de saúde que ainda estão sendo estudadas. No que se refere ao acesso a serviços de alta complexidade um estudo demonstrou que os povos indígenas têm se deslocado para 143 cidades no país na busca por acesso a serviços de saúde e destes 41 não possuem leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis (DAMASCO; ANTUNES; AZEVEDO, 2020). Isso representa uma barreira no acesso a serviços que compõem a RAS e são de extrema importância na atenção à saúde, em especial a casos graves de COVID-19 em que o acesso a UTI se torna fundamental a manutenção da vida.

Nesse cenário da pandemia, Santos *et al.* (2020), numa abordagem sobre a população negra e o COVID-19 abordou o conceito de necropolítica (MBEMBE, 2011) que se desenvolve sobre a ideia de que há um poder de gestão das vidas capaz de determinar quem pode viver e morrer, conceito esse que envolve um debate mais amplo sobre a forma como o Estado faz

políticas públicas de exclusão elegendo grupos que considera úteis ou que podem ser descartados. Nesse estudo os autores apontam o quanto o Estado brasileiro, na questão do COVID-19, tem demonstrado essa postura tendo em vista as manifestações do Presidente da República (Santos *et al.*, 2020) o que coloca tanto negros quanto indígenas em situação de perigo.

Avalia-se que os estudos sobre COVID-19 e seus impactos epidemiológicos entre os indígenas virão com maior força nos próximos anos, visto que a pandemia ainda se encontra em curso sendo momento de estudo sobre o fenômeno. No geral, com o que já se tem há unanimidade de que o COVID-19 impacta e impactará sobremaneira a vida dos indígenas e que se faz necessária uma resposta de Estado incisiva para que o cenário não seja catastrófico.

3.2 O PROTAGONISMO INDÍGENA

No campo da história, o protagonismo indígena começou a ser valorizado a partir da década de 90 (MONTEIRO, 2001) e no campo da saúde isso pode ser visto visivelmente nas conquistas das últimas décadas. Apesar disso, a discussão sobre protagonismo indígena apresenta vestígios da forma como nos relacionamos historicamente com os indígenas. Cunha (1992) afirma que os indígenas são duplamente violentados, pois além dos efeitos dos processos históricos são constantemente colocados em papéis secundários e depreciativos que seguem sendo uma forma de violência, pois dessa maneira deslegitima o protagonismo desses povos. Nessa mesma linha, Garnelo (2012) evidencia que a autonomia indígena permanece limitada porque na verdade apesar dos avanços a assimetria social e econômica a que estão expostos se mantém.

Ainda muito presentes no senso comum da população brasileira, essas ideias, além de extremamente danosas à autoestima dos índios, reforçam entre os não indígenas sentimentos preconceituosos e discriminatórios que resultam em atitudes de intolerância e violência contra eles. (ALMEIDA, 2017, p. 20)

No que diz respeito aos avanços importantes no protagonismo indígena podemos citar a ampliação e consolidação do associativismo que se colocam ativamente nas discussões nacionais da política indigenista (GARNELO, 2012). Essas organizações foram se colocando, junto às comunidades e povos indígenas, formando uma rede, que passou a se articular localmente, regionalmente, nacionalmente e internacionalmente no desenvolvimento de um

conjunto de estratégias e ações na defesa de direitos e interesses indígenas, conhecido como movimento indígena (BANIWA, 2007). O movimento indígena, não se trata de uma organização ou instituição, mas de uma visão estratégica de articulação que dá visibilidade à pluralidade étnica e diversidade sociocultural dos povos indígenas (BANIWA, 2007).

A sabedoria adquirida pelos povos indígenas no período de colonização mostrou a importância da articulação e da unidade política. Baniwa (2007) diz que a consciência da necessidade de se articularem foi nascendo de reuniões e encontros comunitários em que ficava evidente que compartilhavam de problemas parecidos e isso simbolizava a possibilidade de buscarem soluções conjuntas. Esse movimento já alcançou importantes conquistas, em especial na demarcação e regularização de terras indígenas, na política educacional e na política de saúde (BANIWA, 2007).

Apesar das conquistas a luta dos indígenas permanece em curso e se trata de realidade complexa de trabalho para os indígenas, pois “o movimento indígena é uma junção ou uma tentativa de junção dos modelos tradicionais e modernos (modelo dos brancos) de organização sócio-política” (BANIWA, 2007, p. 130). Trata-se do reconhecimento por parte dos indígenas de que essa é uma forma para defender seus direitos frente a tantas desigualdades e assim assegurar de alguma maneira a sua diversidade. Mesmo com a ampliação significativa do rol de políticas públicas que afirmam a necessidade de respeito à diversidade sociocultural indígena, há assimetrias que se mantêm (GARNELO, 2012).

Ainda hoje, muitos brancos, principalmente do governo, preferem dar mais importância à ideia de que não há e não pode haver movimento indígena articulado e representativo, devido à diversidade de povos e realidades, pois isso fortalece os seus propósitos de dominação, manipulação e cooptação dos índios em favor de seus interesses políticos e econômicos. (BANIWA, 2007, p. 131)

É complexo pensar que ainda hoje a relação entre indígenas e Estado é marcada por tanta violência. As mudanças políticas na estrutura do país trazem constantemente à tona discursos aniquiladores que enfraquecem instituições e organizações indigenistas, fazendo com que, apesar de difícil nesse cenário, o movimento indígena se fortaleça.

Baniwa (2007) explica que do ponto de vista organizacional há dois tipos possíveis na realidade indígena: a organização tradicional e a organização indígena. A tradicional está ligada à organização interna das comunidades, que envolvem suas próprias lideranças e referências

dentro das comunidades, vinculadas à organização dos trabalhos, luta e vida coletiva e é possível numa mesma comunidade haver distintas organizações que considerem, por exemplo, faixa etária, gênero e alianças políticas (BANIWA, 2007). Essas organizações tradicionais se permitem ser “dinâmicas, plurais, descentralizadas, transparentes, ágeis e flexíveis” (BANIWA, 2007, p. 132), e dessa forma fica claro que não apresentam caráter jurídico.

Por outro lado, existem as organizações indígenas institucionalizadas que seguem o modelo não indígena de organização. Essas além de toda a burocratização e centralização necessitam do reconhecimento formal do Estado para entrar em funcionamento (BANIWA, 2007). Mesmo assim, ambos os tipos de organização, formal ou tradicional, pressupõem uma decisão da comunidade acerca de sua necessidade, estratégia e objetivos (BANIWA, 2007). São inúmeras as organizações e instituições indígenas formalmente instituídas no Brasil, que inicialmente se voltavam para a defesa de direitos coletivos e posteriormente passaram a desempenhar novas funções técnicas, executivas e administrativas como a prestação de serviços da área da saúde e a execução de projetos relacionados à cultura, educação e outros temas pertinentes (BANIWA, 2007).

Contudo, importa saber que o protagonismo indígena vai além dos aspectos formais e institucionais, ocorre na vida cotidiana e no modo indígena de viver, pensar e organizar-se pautando direitos, demandas e operando mudanças em diferentes políticas públicas.

3.3 A ORGANIZAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A saúde indígena foi objeto de muitas mudanças no decorrer da história. É possível identificar mudanças na gestão dos serviços, na estrutura dos mesmos, nos objetivos e princípios da política, no formato dos recursos humanos envolvidos, que reunidos a outros elementos conformam o atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Essas mudanças têm relação direta a dificuldade de estruturação dos serviços de saúde aos indígenas, característica forte dos primeiros modelos experimentados. No período inicial de gestão da saúde indígena havia uma dificuldade de lidar com a dispersão geográfica dos indígenas e a precariedade de recursos físicos e financeiros se apresentavam como limitantes para se prestar a assistência adequada a esses povos. Além dessas dificuldades um fator determinante eram os recursos humanos, havia uma imensa falta de valorização dos profissionais frente às dificuldades que tinham para atuar junto a essa diversidade (GARNELO, 2012).

As políticas indigenistas, entendidas como aquelas políticas do Estado direcionadas aos povos indígenas, teve seu início marcado pela intervenção do poder público que acreditava que

os indígenas se assimilariam deixando assim de serem grupos diferenciados culturalmente (GARNELO, 2012). Nessa lógica o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi a primeira forma de atuação direta do Estado na política indigenista que foi sendo substituída a partir de 1967 pela FUNAI que trabalhavam questões de saúde, educação, questões territoriais e todos os demais assuntos relativos a esses povos (GARNELO, 2012).

Não obstante essa lógica assimilacionista, o Estatuto do Índio de 1970 foi importante obstáculo a política de saúde indígena e representava uma marca nítida da colonização do país que expulsou e dizimou indígenas, pois ficava claro nesse documento o propósito de pôr fim aos modos de vida indígenas e integrá-los à sociedade envolvente. Esse período foi marcado pela forte tutela do Estado que se ocupava de retirar dos indígenas a autonomia e o pleno exercício da cidadania.

A Constituição Federal (CF) de 1988, tão fundamental ao SUS, também impulsionou as políticas de saúde indígena, pois entre as intensas mobilizações pela RSB os indígenas também se colocavam e pleiteavam seu espaço nesse sistema (GARNELO, 2012). No plano geral, o principal objetivo da RSB era a organização do SUS e representava os esforços federais, estaduais e municipais pela saúde (GARNELO, 2004). Isso manifestava a existência de três atores importantes para o funcionamento do sistema de saúde brasileiro: o MS, as SES e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS). A relação destes se dá de forma hierarquizada e descentralizada reservando ao gestor federal o papel de induzir as políticas e normatizar, mas promovendo e impulsionando a oferta plena de serviços e atenção à saúde no âmbito dos municípios.

Para Garnelo (2004) a descentralização do SUS que potencializa o cuidado próximo aos territórios no nível municipal é conflitante com práticas indigenistas que atribuem ao governo federal o protagonismo na condução e operacionalização das políticas públicas destinadas aos indígenas. Importante pensar como o conflito apontado pela autora é vivenciado no interior do sistema de saúde e de que forma se reflete na atenção à saúde que é ofertada aos indígenas. Até a constituição da Lei n.º 8.080/90, que foi responsável pela criação do SUS, e a saúde indígena ficou como responsabilidade da FUNAI (GARNELO, 2012), quando então essa lei determinou que o MS era o responsável pela condução da política de saúde impondo mudanças a ela.

Por consequência, o Ministério da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o final do século XX. Somente após a criação do subsistema de saúde indígena, em 1999, as autoridades sanitárias passaram a se dedicar ao tema. O

tempo de dez anos de criação do subsistema não se mostrou suficiente para a geração de tecnologias e modos de atuação adequados ao trato com a população indígena. O reconhecimento de que o modo de vida indígena tem singularidades que devem ser respeitadas e de que o SUS não dispunha de preparo adequado para atender a elas levou à proposta de organização de um sistema de saúde específico para os povos indígenas. (GARNELO, 2012, p. 24)

Contudo, foi em 1999 que o médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, apresentou um projeto de lei na Câmara dos Deputados, que foi sancionado e se transformou num marco regulatório para saúde indígena: a Lei n.º 9.836/1999 (ANEXO 3), denominada Lei Arouca. Essa lei incluiu um quinto capítulo da Lei n.º 8.080/90, que regulamenta o SUS, criando o SASI. Foi instituído, então, um subsistema dentro do sistema de saúde já existente, mas que deveria apresentar estruturas que se adaptassem à realidade indígena, propondo serviços diferenciados e completamente atípicos na estrutura vigente do SUS. Tratava-se de um importante momento de reconhecimento normativo que o sistema de saúde para todos sem ter como base o princípio da equidade não era capaz de acolher e garantir o direito à saúde dos povos indígenas.

A Lei Arouca, em consonância com a Constituição, dispôs que deveria ser considerada a realidade local e especificidades da cultura dos povos indígenas na atenção a se organizar de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, assim como o SUS. Afinal, em nenhum momento foi tratado legalmente da criação de um sistema à parte do SUS, mas sim um subsistema vinculado ao SUS. GarneLO (2004) explicou esse fato dizendo que a política de saúde indígena deve ser compreendida como uma política setorial que se produz na interface da política de saúde e a política indigenista.

O período que antecedeu a lei Arouca foi de muitas contradições, inclusive jurídicas do embate entre a atuação da FUNAI, órgão indigenista, e o MS, este último com atuação extremamente comprometida em virtude da situação econômica e política do país, que se somavam a manifestação de distintos atores e instituições para que o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas fosse revisto (GARNELO, 2004). Vislumbrando alcançar essa mudança instituíram-se serviços específicos como os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que são polos regionalizados de atenção à saúde indígena, responsáveis pelo elo entre a rede de atenção.

A decisão sobre a localização dos DSEIs se organizou em torno de diversos critérios sociais, antropológicos, sanitários e administrativos, dentre os quais destacam-se os seguintes: população; área geográfica; perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços; recursos humanos; infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional e distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não necessariamente coincide com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (AITH, 2009, p. 124).

A implantação dos DSEI exigiu um investimento entre 1999 e 2004 que variava de 180 (cento e oitenta) a 250 (duzentos e cinquenta) milhões de reais, mas que não foi suficiente para rever a ausência do efetivo quadro de pessoal necessário para a implantação do subsistema e todo o desmonte pelo qual passava a FUNASA (GARNELO, 2004). Os aumentos dos investimentos na saúde indígena também foram vistos em análises até o ano de 2008 (CASTELLANI; MONTAGNER, 2012). Com a organização do SUS e a descentralização das ações de saúde aos municípios a FUNASA havia ficado esvaziada de competências e por isso havia retomado a saúde indígena, mas já se encontrava amplamente fragilizada para fazê-la acontecer de fato.

Para Garnelo (2004) a implantação do SASI se deu junto ao advento da descentralização e que há contradição muito grande na manutenção da gestão da política de saúde indígena pelo nível federal e muitos pontos que a legislação pertinente não esclareceu. Manter a saúde indígena no âmbito da gestão federal seria uma forma de salvaguardar os direitos indígenas, mas a descentralização preconizava o repasse da execução das ações de saúde para os municípios, destituindo o nível federal de uma rede própria de assistência. Esse é um exemplo das contradições geradas entre a estrutura e funcionamento do SUS e a responsabilidade constitucional do governo federal pelo desenvolvimento de políticas de proteção aos direitos indígenas (GARNELO, 2012).

Apesar dos aspectos positivos do governo federal ter se responsabilizado pelas ações de saúde indígena pouco se pensou sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010) e o envolvimento inevitável das demais esferas de gestão. Havia uma forte preocupação com o que acontecia no interior do SUS, especialmente, no nível municipal, local onde, historicamente, estiveram os maiores adversários dos povos indígenas e as maiores ameaças aos territórios tradicionais. Essa contradição traz uma série de questões que norteiam esse

trabalho, fazendo refletir se depois do contexto histórico, realidades atuais; nas normativas vigentes há papel para outros níveis de gestão do SUS na saúde indígena, em especial para os estados, na forma como preconiza a política nacional.

Esta, por sua vez, instituída pela Portaria n.º 254 do MS (BRASIL, 2002), criou a PNASPI, prevendo, entre outros, a necessidade de preparação dos profissionais para atuar mediante essa diversidade e deve articular os serviços de saúde com os sistemas de saúde tradicionais. Tal política começa a esclarecer alguns aspectos da atenção à saúde dos povos indígenas como, por exemplo, formas de organização da gestão e do modelo de atenção à saúde para esses coletivos em suas singularidades. Contudo, o desafio de como operar essa política desde assistência até a gestão, continuou, pois não se tratava apenas da necessidade de garantir o princípio da integralidade do SUS, mas sim de articular esse princípio com aspectos da diversidade desses povos, reconhecer os sistemas tradicionais de cura e prover assistência à saúde de qualidade.

Em 2010, foi atendida uma antiga reivindicação dos povos indígenas com a criação da SESAI, no âmbito do MS. A SESAI propôs uma nova estrutura organizacional e que já nasceu carregando a expectativa histórica de uma assistência à saúde de qualidade e o fim da corrupção que marcava a FUNASA. Essa instituição foi, então, dividida por áreas: Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena e DSEI. E mesmo assim o quadro da saúde indígena no país ainda está distante do esperado.

A PNASPI criou espaços específicos de participação social para os povos indígenas como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e o Fórum de Presidentes de CONDISI. Considerando a subordinação da PNASPI à PNS (CRUZ, 2003; 2008), os espaços de participação e controle social indígena ainda estão vinculados ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Cabe enfatizar que essa política de saúde indígena e o subsistema somente se efetivam para os indígenas que vivem em Terras Indígenas demarcadas pelo Estado brasileiro. Os indígenas que vivem em cidades ou territórios não demarcados não usufruem da política. Há um processo de exclusão e delimitação da indianidade dada pelo Estado.

No que se refere à organização dos serviços, conforme previsto na legislação, isso deve ser feito a partir dos aspectos étnicos e culturais e buscar acompanhar o dinamismo e as características populacionais dos indígenas. Para isso foram criados os DSEI que contemplam atividades técnicas que promovem a reordenação da RAS e as práticas sanitárias, além do desenvolvimento de atividades gerenciais. Entre os principais critérios de definição territorial dos DSEIs estão as relações sociais entre diferentes povos indígenas, a distribuição tradicional

desses povos, que se diferencia por vezes dos limites geográficos estabelecidos de estados e municípios (LANGDON, 2004), conforme pode ser visto na figura 1. O DSEI tem como função organizar a rede de atenção básica dentro das áreas indígenas, de forma integrada, hierarquizada, com complexidade crescente e articulada com o SUS.

Figura 1 - Mapa de distribuição dos 34 distritos sanitários especiais indígenas no Brasil.



Fonte: BRASIL, 2021. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>.

No que se refere a informação a saúde indígena possui um sistema próprio o Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI) que é utilizado na coleta, processamento e análise de informações de acompanhamento das comunidades indígenas, como óbitos, nascimentos, morbidade, imunizações, produção de serviços, recursos humanos e infraestrutura (SOUSA;

SCATENA; SANTOS, 2007). Esse sistema não se comunica com nenhum outro sistema de informação em saúde o que prejudica, por vezes, o acesso e o fluxo das informações necessárias à tomada de decisão. Apenas o MS possui acesso a esse sistema, SMS e SES não tem acesso direto a ele. Isso representa uma falha grave e reduz significativamente as possibilidades de uso da informação em saúde a favor dos processos de gestão de políticas públicas de saúde indígena além de retratar a posição em que os gestores estaduais e municipais são colocados.

Além disso, existem as Casas de Apoios à Saúde Indígena (CASAI), localizadas em municípios de referência dos DSEIs, mas que constam apenas em alguns estados. O intuito desses serviços é apoiar a atenção em níveis da MAC, ou seja, aqueles que exigem maior densidade tecnológica para que a atenção seja realizada, além de outros recursos. Nesses níveis de atenção há uma dificuldade ainda maior de observar as especificidades étnicas e culturais.

Dentro das aldeias foram pensadas as Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) que contam com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), equipe de saúde que minimamente deve ter médico, enfermeiro, odontologista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Essa estrutura tem como objetivo ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica através de serviços diferenciados, com recursos humanos preparados para atuar em contextos interculturais e em conformidade com as demandas de saúde desses povos. Essas, são as estruturas e organização do SASI, esse subsistema que, atualmente, é a base da operacionalização da política de saúde indígena no país, sob gestão do MS, conforme estabelece a legislação.

4 A SAÚDE E OS INDÍGENAS NO RS: DINÂMICAS ESTADUAIS

Apresentar as dinâmicas estaduais apontando suas principais características e suas formas de organização de serviços de saúde é reafirmar que no Brasil há realidades diversas e distintas e isso deve ser considerado quando se pensa em políticas públicas. Ao mesmo tempo, falar sobre as características dos povos indígenas aqui localizados, suas características étnicas e seus dilemas territoriais impõe o reconhecimento de dificuldades históricas que ainda se perpetuam. É o desenho do cenário de onde se fala e em que realidades os casos que serão apresentados se pautam e constroem. Para isso esse capítulo começa trazendo características gerais do estado e organização dos SUS nesse território, segue com as características dos povos e etnias indígenas suas relações com o território e termina apresentando o desenho institucional da SES-RS e descrevendo o funcionamento e a história da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas dentro dessa instituição, bem como por onde a pauta da saúde indígena se movimenta e se insere.

4.1 ASPECTOS LOCAIS

O estado do RS é o nono maior estado em extensão territorial do país, e o terceiro com maior número de municípios do país, com 497, perdendo somente para Minas Gerais e São Paulo, no qual vivem mais de 11 milhões de habitantes (PESSOA, 2017). A expectativa de vida ao nascer no RS é de 78,5 anos¹, enquanto a média nacional é de 76,6 anos de idade² (CRELIER, 2020). Conforme estimativas populacionais de 2019 (RIO GRANDE DO SUL, 2019) essa população era composta de 51,3% de mulheres e 48,7% de homens, dos quais 6,3% são crianças de zero a quatro anos e 18,2% idosos e outra característica dessa população é que 85,1% dela é urbana e apenas 14,9% é rural (CRELIER, 2012).

No censo de 2010 (IBGE, 2012), 83,2% da população do estado se autodeclarou branca, 10,6% pardos, 5,6% pretos, 0,4% amarelos e apenas 0,3% indígenas. Silva e Weschenfelder (2010) fizeram importante crítica a censos do século XX que apontaram uma presença minoritária de negros quando comparados às demais raças e que em determinada região do estado do RS discursos identitários afetam a mobilidade social e a construção de relações interculturais. Maciel (1994) apontou que a construção da identidade do RS desconsidera clivagens sociais, econômicas, étnicas e culturais e impõe a existência de uma homogeneidade.

¹ (81,8 para mulheres e 75,2 para homens)

² (80 para mulheres e 73 para homens)

No que se refere à densidade populacional, a cidade mais populosa do estado é a capital, Porto Alegre. Para Pessoa (2017) a distribuição populacional no estado acompanha a lógica desigual a qual se vê em todo o país e que isso é reflexo histórico e econômico, que faz com que a região entre o litoral e a serra gaúcha apresente maior concentração populacional que as demais partes do estado. Destaca-se ainda que dos 497 municípios, 66% têm menos de 10 mil habitantes e destes, 67,4% contam com menos de 5 mil habitantes (RIO GRANDE DO SUL, 2019). A economia do estado tem sua base na agricultura, pecuária e indústria.

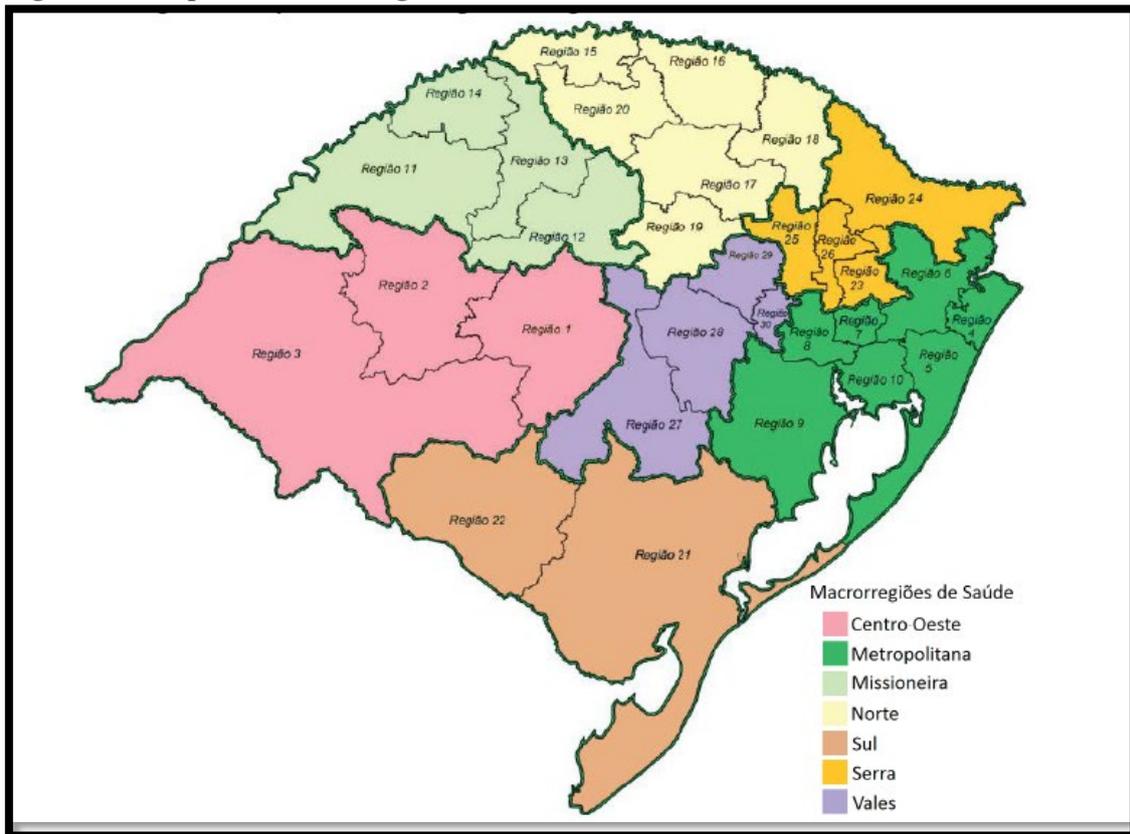
As características da economia têm impacto direto nas questões de saúde, pois o RS contribui sobremaneira ao indicador que coloca o Brasil como maior consumidor de agrotóxicos em nível mundial (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Isso reflete na qualidade dos alimentos, nos agravos em saúde, na água e infelizmente sabe-se que há subnotificação dos acidentes de trabalho por intoxicação por agrotóxicos (RIO GRANDE DO SUL, 2016). No que diz respeito a renda, no censo demográfico de 2010, 63,9% dos que se declaram indígenas no estado afirmaram receber menos de meio salário mínimo (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Isso demonstra numericamente como os processos de marginalização operam sobre os indígenas.

Já, em relação a organização do SUS no território tem-se 30 regiões de saúde que conforme Decreto n.º 7.508 (BRASIL, 2011, p. 4) são:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Essas regiões são fundamentais para as análises situacionais e para a gestão do sistema, pois compreender as características e as diferenças regionais dentro do território do estado é fundamental para pensar a política de saúde de forma mais integral e equânime. Essas regiões de saúde também integram as sete macrorregiões de saúde (FIGURA 2), que pode ser composta por uma ou mais regiões e seus respectivos municípios (BRASIL, 2018), e que tem por intuito garantir a organização das ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar.

Figura 2 - Mapa das macrorregiões de saúde do RS.



Fonte: RIO GRANDE DO SUL, 2016, p. 25.

Em relação a capacidade instalada dos municípios, em abril de 2020 o RS contava com 2.126 equipes de saúde da família em 480 municípios, representando 59,66% de cobertura de ESF e 76,61% de cobertura de Atenção Básica, presente em 491 municípios. Os agentes comunitários representaram cobertura de 48,43%, totalizando 10.497 profissionais e as equipes de Saúde Bucal totalizaram 1.120, correspondendo a 46,18%. No tocante a média e alta complexidade, o RS conta com uma rede de 201 hospitais, sendo eles de gestão municipal, estadual ou os que recebem incentivos estaduais (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A SES-RS possui ainda em sua estrutura as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que somavam 19 até 2020 quando duas dessas iniciaram um processo de unificação. As CRS são responsáveis, entre outras funções, por planejar, acompanhar e gerir as ações e serviços, prover cooperação técnica com intuito de organizar sistemas locais e regionais de saúde (SANTOS, 2010). O trabalho das coordenadorias é fundamental ao funcionamento da SES-RS visto que as características regionais e locais impactam sobremaneira na dinâmica do sistema de saúde.

Esse breve apanhado das características da organização do sistema de saúde no RS apenas reforçam a complexidade e desafios intrínsecos a operacionalização do SUS. Além do

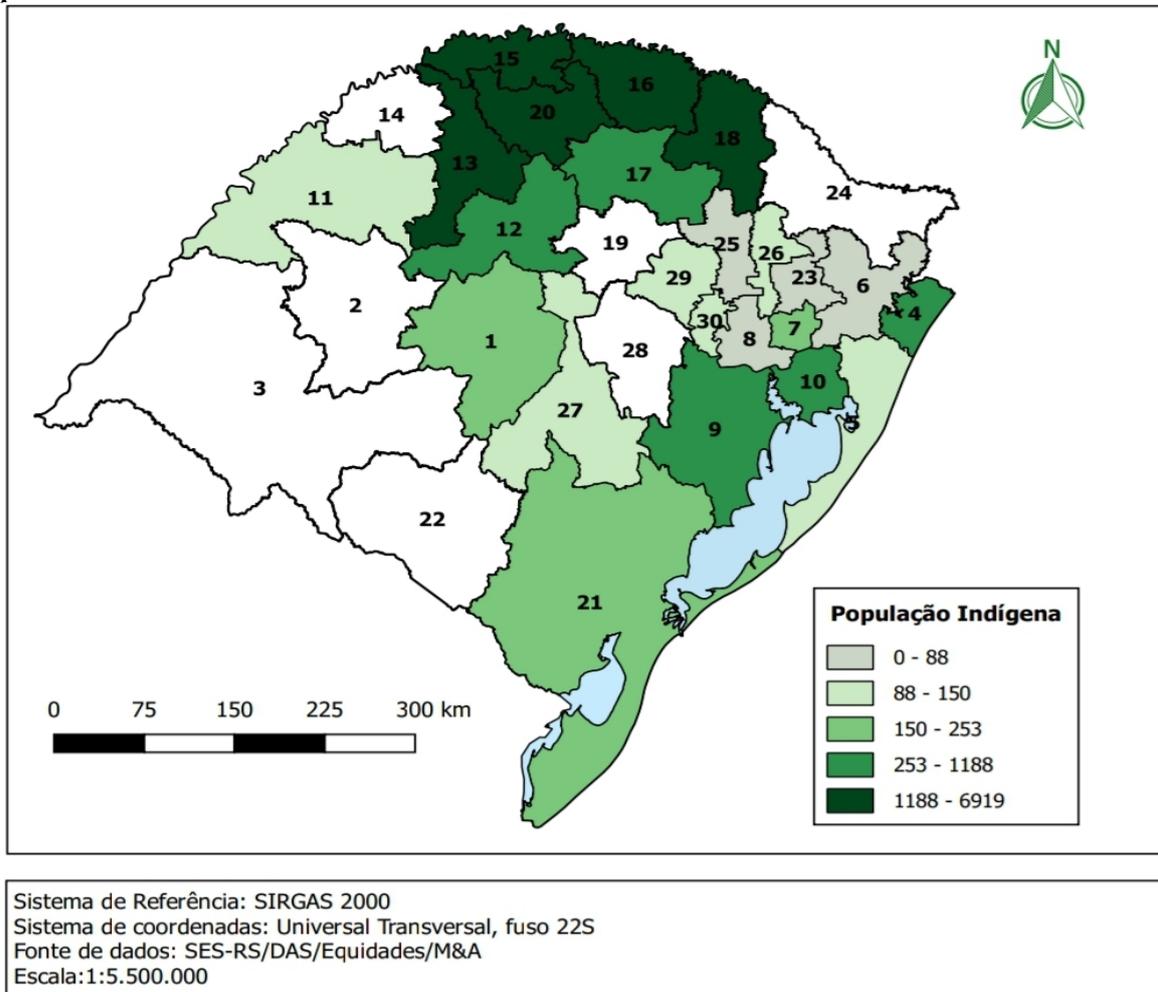
seu caráter universal o SUS ainda lida com intensas desigualdades sociais. Dessa forma, esse recorte das características organizativas explora apenas os elementos que entendemos como pertinentes ao debate dessa tese.

4.2 OS POVOS INDÍGENAS NO RS

Predominantemente, as etnias Guarani e Kaingang localizam-se no território do estado. Além desses, uma pequena proporção de indígenas da etnia Charrua se encontram localizados na capital gaúcha, Porto Alegre. Os Kaingang da região Sul do Brasil são descendentes dos grupos Jês do Brasil e historicamente ocuparam áreas de campos e cerrados onde resistiram fortemente às invasões de seus territórios (MOTA; TOMMASINO, 2008). A organização do território Kaingang diz muito sobre sua forma de organização cultural. Os Guarani, por sua vez, se espalham por uma grande extensão territorial que não se restringe apenas ao Brasil e apresenta intensa ocupação no território do RS extrapolando um conjunto de aldeias no litoral gaúcho até aldeias localizadas na região centro, norte e oeste do estado.

Os impasses começam já na delimitação de quem são os povos indígenas no RS. Na perspectiva do estado, aplica-se a regra censitária de que é indígena qualquer pessoa que assim se autodeclare e desse modo falar em indígenas no RS, pelo censo de 2010, é falar em mais de 30 mil indígenas nesse território. Por outro lado, do ponto de vista do que se propõe a política de saúde indígena esse número se encontra em cerca de 23 mil indígenas, pois são considerados apenas aqueles em situação de aldeamento. O território baliza a forma de pensar os indígenas dentro do sistema de saúde e isso é, sobremaneira, complexo na lógica operacional. Os indígenas aldeados podem ser mapeados geograficamente e estes se localizam em 67 municípios dos 497 municípios do RS.

Figura 3 - Distribuição dos povos indígenas por região de saúde, no Rio Grande do Sul, no primeiro semestre do ano de 2020.



Fonte: Arquivos internos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas / DAPPS / SES-RS.

Observa-se que a maior parte dos indígenas se encontra na região norte do estado do RS. Na região norte do estado encontram-se grandes terras indígenas, havendo inclusive municípios em que a população indígena corresponde a mais de 50% (cinquenta por cento) da população geral do município. Em contraponto, há cerca de 25 municípios em que a população indígena aldeada soma menos de 100. É comum que os indígenas se desloquem de um lugar para outro o que para Pissolato (2007, p. 123) é “sempre resultado entre interesses pessoais e contextos que se colocam como possibilidade de vida para o indivíduo em questão, contextos que se pode ou não ‘deixar’ ou ‘buscar’” e cita o exemplo dos indígenas *Mbyá* para os quais o deslocamento é uma aposta “na conquista de condições renovadas de continuar existindo nesta terra” (PISSOLATO, 2007, p. 124). Nos casos de deslocamento as políticas públicas devem acompanhá-los garantindo seus direitos, adaptando-se à questão territorial.

Atualmente, todas as aldeias possuem acesso por via terrestre, o que difere da realidade de outras regiões do país, o que não significa dizer que sejam de fácil acesso. Em algumas situações a distância e má condições das vias dificulta o acesso às aldeias, o que reflete também uma ausência ou distanciamento de outras políticas públicas. Em outros casos, como o caso da capital Porto Alegre, é comum a presença de indígenas e aldeias instituídas no contexto das cidades e dos centros urbanos em situação de marginalização, com dificuldade de acesso a direitos básicos e lidando com toda a complexidade da vida urbana, como a violência e drogas. Na vida “nas cidades há o aprofundamento das desigualdades sociais e propicia agravamento das condições de saúde dos povos indígenas, considerados como população vulnerável ou pobres” (ROSADO, 2018, p. 25).

A presença dos indígenas nas cidades é um dilema também para a política de saúde indígena que foi pensada apenas para indígenas aldeados, excluindo dessa forma aqueles que estão fora delas. Do ponto de vista operacional, o dilema se acirra à medida que cria duas categorias de indígenas, uma de aldeados e outra não, e lhes coloca frente a direitos distintos. Há que se falar que a presença de indígenas na cidade é também forte reflexo da colonização e ainda da situação caótica da regularização de terras indígenas no país.

Contudo, estudo realizado utilizando-se dos dados do censo de 2010 apresentam que, observando os indígenas residentes em área urbana, há cinco vezes indígenas vivendo em domicílios improvisados do que brancos e já quando se observa aqueles em situação rural as taxas de indígenas e brancos em domicílios improvisados é semelhante (MARINHO; CALDAS; SANTOS, 2017). A condição do domicílio reflete uma situação de maior vulnerabilidade socioeconômica. Esse mesmo estudo apontou que a ocorrência de indígenas em domicílios improvisados foi mais expressiva não só em áreas urbanas, mas também fora das terras indígenas (MARINHO; CALDAS, SANTOS, 2017).

4.2.1 As terras indígenas: a oficialidade dos territórios

Os povos indígenas sofrem com as práticas de violações de direitos humanos historicamente, agravadas em períodos como do regime militar entre os anos de 1964 e 1985 (OSOWSKI, 2017), entre essas estão as violações de seus territórios. No que diz respeito a essa questão um caso histórico no Brasil foi a demarcação da Terra Indígena da Raposa Serra do Sol em Roraima que se arrastou por anos e foi cenário de muitas disputas e mortes (ISA, 2011). Infelizmente, essa ainda é realidade em diversas outras terras indígenas no país.

Os indígenas garantiram na CF de 1988 o direito às terras tradicionalmente ocupadas bem como outros direitos à manutenção e exercício da sua cultura criando uma vinculação do

direito de ser indígena ao direito de ter suas terras tradicionalmente ocupadas garantidas (OSOWSKI, 2017). Isso, de acordo com Osowski (2017), cria um vínculo cultural e espiritual dos povos indígenas com a terra, de forma indissociável.

No entanto, a discussão sobre o que se caracteriza como terra tradicionalmente ocupada e os marcos para a demarcação foram questionados com frequência nas últimas décadas, incluindo pareceres do Supremo Tribunal Federal (STF), órgão máximo do judiciário brasileiro. Exemplos disso foram os questionamentos e parecer do órgão na demarcação da Raposa Serra do Sol em 2009 e na terra indígena Guarani Kaiowá, Guyraroká, em 2014 (OSOWSKI, 2017).

Houve necessidade de fazer verdadeiro malabarismo jurídico, pôr a funcionar o gênio criador brasileiro para amoldar o direito ao território dos povos indígenas limites das terras particulares, sem sê-las. Repugna ao poder público, aos juristas de uma forma geral e aos Tribunais chamar as terras indígenas de território, tanto quanto chamá-los de povos. Estas duas palavras, povos e território, somadas à soberania, têm o som de tambores belicosos de guerra de libertação, de insurreição e de independência e, por isso, sofrem imediata e irracional repulsa de todos os setores que se dizem nacionalistas, especialmente os militares. Entretanto, em análise mais acurada, podemos observar que o conceito de território está escondido atrás das normas constitucionais que regem a matéria e, especialmente, atrás da coerência sistêmica da Constituição e de todo o ordenamento jurídico (SOUZA FILHO; 1999, p. 121).

Di Pietro (2012, p. 775) apresentou uma definição ao “tradicionalmente ocupadas” para ele “tradicionalmente refere-se [...] ao modo tradicional de os índios ocuparem e utilizarem as terras e ao modo tradicional de produção, enfim, ao modo tradicional de como eles se relacionam com as terras” garantindo assim o reconhecimento da pluralidade étnica e características de cada povo indígena. Para Barreto Filho (2005), ao buscar definir o que é uma terra tradicionalmente ocupada nos processos de demarcação de terras, o Estado demonstra como se utiliza de mecanismos políticos e administrativos para disciplinar a diversidade cultural.

A questão territorial demonstra situações em que manobras políticas e jurídicas têm atuado na restrição de direitos fundamentais dos indígenas se afastando muito do que propôs a Constituição de 1988 fazendo rotineira a remoção forçada de indígenas de seus territórios e as violações do mesmo (OSOWSKI, 2017). Outro ponto é que o arcabouço legal que trata da

demarcação das terras indígenas prevê a participação dos indígenas em todas as fases demarcatórias, porém se sabe que essa participação tem reduzida efetividade devido, entre outros fatores, a rotinização técnica e administrativa o que pode estar atrelado às iniciativas de vários povos indígenas nas retomadas de terras (BARRETO FILHO, 2017), processo presente no território do RS.

De acordo com Souza (2009) grande parte dos habitantes do território gaúcho “não conhecem ou não reconhecem” os indígenas e sua participação na cultura regional inclusive sendo motivo de estranheza quando é falado que existem indígenas nesse território. A questão da demarcação de terras e toda a problemática que ela carrega é nítida na realidade do estado. Coloca os indígenas na posição de miseráveis e expõe a forte presença de indígenas na região das cidades e em acampamentos sem nenhuma estrutura, situações utilizadas para criar estereótipos e perpetuar preconceito contra esses povos que desconhecem a participação indígena na história do estado (SOUZA, 2009). É rotineiro no RS ver iniciativas oficiais que disseminam que o estado é “naturalmente europeu”, como frisou Souza (2009), fatores que incidem diretamente na ideia que se pretendeu criar de identidade regional completamente apartada da ancestralidade nativa, entre elas a indígena.

Atualmente, o RS possui 20 terras indígenas regularizadas, que de acordo com a FUNAI (2020, p. 1) significa dizer que são as “terras que, após o decreto de homologação, foram registradas em Cartório em nome da União e na Secretaria do Patrimônio da União” e outras 19 constam como “em estudo” que é a fase de “realização dos estudos antropológicos, históricos, fundiários, cartográficos e ambientais, que fundamentam a identificação e a delimitação da terra indígena” (BRASIL, 2020). Tempass (2009) falou sobre a questão territorial quanto tratava sobre hábitos alimentares dos indígenas no RS:

[...] os grupos indígenas presentes no Rio Grande do Sul não estão mais conseguindo manter as suas práticas alimentares tradicionais. Isso se deve a uma série de fatores, mas principalmente à morosidade no processo de demarcação de terras indígenas. Enquanto aguardam a demarcação de suas terras, uma boa parcela da população indígena no Rio Grande do Sul encontra-se provisoriamente alocada em acampamentos provisórios nas margens de rodovias ou em loteamentos irregulares nas periferias das grandes cidades. Os indígenas “aldeados” também aguardam pela conclusão dos processos de demarcação de terras, posto que a maioria das aldeias indígenas do Estado possui uma área territorial reduzida e sem condições ecológicas adequadas para a manutenção do “modo de ser” indígena. (TEMPASS, 2009, p. 136)

Em todo o Brasil, 126 áreas encontram-se em estudo, e o RS está entre os estados com maior número de terras em estudo. Importante lembrar que a partir de 2019 todo o Brasil vivenciou incansáveis discursos de autoridades do país contra a demarcação de terras indígenas e que nesse mesmo período o número de terras indígenas invadidas dobrou no país (JUCÁ, 2019).

Nessa perspectiva de violência do Estado e suas instituições, Kujawa e Tedesco (2014) também apresentaram que o governo do estado foi amplamente responsável pela situação com que se encontram as terras indígenas e os próprios indígenas na atualidade, pois demonstraram como as políticas de territorialização e reterritorialização promovidas envolvendo os indígenas e agricultores impactam nessa questão. Sobretudo quando, no decorrer da história, o estado do RS passou a tomar várias medidas administrativas pautado na lógica integracionista que resultaram na redução e/ou extinção de territórios indígenas e com as mudanças nos atos demarcatórios estabeleceu quais seriam as terras de indígenas e quais seriam destinadas a agricultores, desfavorecendo os indígenas (KUJAWA; TEDESCO, 2014).

Em 1991, a União, por meio da FUNAI, iniciou uma redemarcação das terras indígenas no RS que após diversos impasses e tensões levou a restituição dos limites originais de 1120 áreas demarcadas no começo do século XX, numa revisão dos atos normativos que haviam diminuído drasticamente as terras indígenas entre os anos de 1940 e 1960 (TEDESCO; KUJAWA, 2015). Isso teve importante impacto econômico, pois o Estado teve que indenizar agricultores que tiveram que se retirar dessas terras. Memórias como essa nos fazem compreender os motivos pelos quais o RS é um dos estados do país com maior número de conflitos entre indígenas e agricultores, sendo que estes predominam no norte do estado (TEDESCO; KUJAWA, 2015). Inclusive houve o caso dos conflitos em Nonoai, em 1978, quando os indígenas expulsaram colonos de suas áreas, o que depois resultou no projeto de colonização Terranova, no Mato Grosso, para onde o Governo Militar enviou os colonos (TAVARES-DOS-SANTOS, 1993).

Kujawa e Tedesco (2014) exploram de forma minuciosa os distintos momentos da questão das terras indígenas no RS e afirmaram que no período do império os indígenas Kaingang foram amplamente violentados e fragilizados para que assim deixassem os territórios de interesse o que levou a constituição de aldeias como as localizadas nos municípios de Nonoai, Cacique Doble e Água Santa. Os autores também relatam que:

A existência de diversos aldeamentos e, posteriormente, toldos indígenas, está vinculada à característica cultural kaingang de rivalidades internas, fruto das disputas de poder que multiplicava o conflito interno e não permitia a junção de grupos inimigos no mesmo espaço. Com os indígenas aldeados, com os toldos constituídos e administrados pelo Estado, intensifica-se a ocupação através do processo de colonização. (TEDESCO; KUJAWA, 2015, p. 5)

Distante da resolução efetiva dos antigos problemas os conflitos econômicos, culturais e sociais que permearam a demarcação de terras indígenas no RS se evidenciaram, sobremaneira, a partir dos anos 2000 quando se constituíram diversos acampamentos indígenas fora das reservas, mas que segundo os indígenas se tratam de territórios já ocupados por eles em séculos anteriores (KUJAWA; TEDESCO, 2014). Verifica-se no RS, atualmente, um grande número de acampamentos indígenas, territórios sem qualquer estrutura física e de subsistência em que se veem ausentes diversos direitos básicos.

Os conflitos que mais estão produzindo visibilidade pública, acirramentos e confrontos, múltiplas estratégias de ambos os lados e tensionando as relações sociais e a vida cotidiana dos grupos envolvidos, em particular de agricultores, são os constituídos por acampamentos e espaços variados (terras públicas e privadas) no norte do estado, pois todos eles buscam configurar o local do acampamento e uma delimitação de seu entorno como área de ocupação tradicional. (KUJAWA; TEDESCO, 2014, p. 80)

Os conflitos territoriais foram intensificados na região norte do RS nas últimas décadas, impactados pelas garantias constitucionais do direito à terra e cultura, mas também reflexo da ampliação de uma consciência coletiva indígena (KUJAWA; TEDESCO, 2014), em resumo o protagonismo dos indígenas. A concepção de território para os indígenas é algo além do que pode ser visto, dimensionado, pois tem relação direta e fundamental com a memória, a identidade e a manutenção de sua cultura (OSOWSKI, 2017).

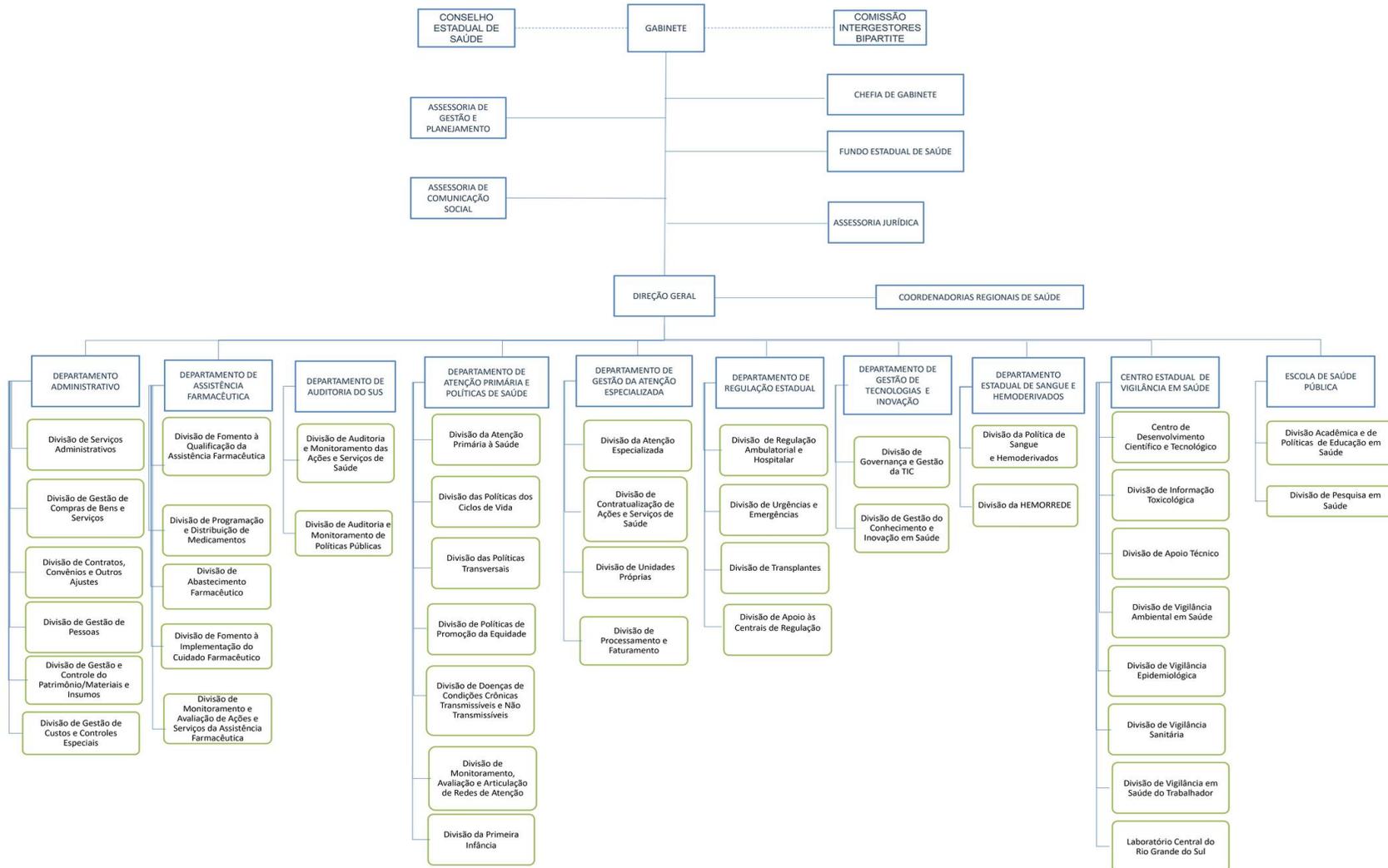
Rosado (2018) afirma que para saúde é imprescindível compreender o valor que os indígenas atribuem aos territórios, pois a visão deles corpo e território estão interligados e conectados. Desse modo, desequilíbrios nessa relação culminam em adoecimentos para os indígenas (ROSADO, 2018) o que impacta no sistema de saúde. É primordial compreender que a relação dos indígenas com as terras é dotada de historicidade própria, que esta tem impacto nas questões de saúde e modo de vida das diferentes etnias e é indissociável pensar saúde e não

pensar a questão de terras, a demarcação de terras indígenas. Nessa tese a questão territorial se transforma em casos concretos, experienciados dentro da SES-RS, que se colocam como impasses na efetivação do direito à saúde e impõe limites à atuação da área da saúde.

4.3 LOCALIZANDO A SAÚDE INDÍGENA NA SES-RS: O CONTEXTO DE FALA

A estrutura organizacional da SES-RS foi atualizada em 12 de janeiro de 2021 pelo Decreto n.º 55.718, passando a organizar-se conforme o organograma que segue (FIGURA 4).

Figura 4 - Organograma da SES-RS, conforme Decreto Estadual n.º 55718/2021.



Fonte: Arquivo institucional - Assessoria de Gestão e Planejamento/SES-RS.

Entre todos esses departamentos e assessorias é no DAPPS, do qual integra a POPES, onde se localiza a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas³. Esse departamento tem como objetivo o fortalecimento da APS, reconhecendo seu papel fundamental como porta de entrada do SUS. Nele estão as políticas de saúde incluindo a gestão da APS no estado.

Figura 5 - Organograma do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/SES-RS.



Fonte: Arquivo institucional - Assessoria de Gestão e Planejamento/SES-RS.

O regimento interno da SES ainda se encontra em revisão, mas essa organização já se adequa ao novo formato proposto. Até o ano de 2019 o departamento contava com áreas técnicas independentes sem o agrupamento por divisões, nesse período cerca de 14 coordenadores de áreas compunham um colegiado gestor do departamento que além de ser um espaço de tomada de decisões funcionava como assessoria aos diretores do mesmo. Com a organização por divisões, apenas os chefes de divisão compõem o colegiado gestor do departamento que são responsáveis por organizar as necessidades técnicas que advêm das áreas a qual estão vinculadas e transitar nesse espaço hierárquico.

No que diz respeito à Divisão de Políticas de Promoção da Equidade, o movimento por um trabalho que se dedicasse a pautas coletivas além das demandas setoriais foi anterior à

³ No decorrer da tese esse setor será citado com frequência e não há sigla. Dessa maneira, para evitar a repetição durante a leitura a referência a “Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” poderá ser vista por extenso ou apenas como “área técnica”. Nos casos que a referência for a outra área essa indicação virá na sequência, exemplo: área técnica de saúde do idoso, área técnica de saúde da mulher).

instituição da figura da divisão. O movimento dos trabalhadores das áreas identificou que essas estavam enfraquecidas dentro da estrutura, com pouco espaço e pouca valorização e, além disso, encontravam-se assolados por demandas que, por vezes, eram similares. Desse modo, durante as discussões de formulação do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 (instrumento de planejamento em saúde quadrianual) se estabeleceu um marco para a mudança e instituição posterior da POPES, pois nesse momento o grupo de trabalhadores pautou a entrada do termo promoção da equidade, a inclusão de áreas que não estavam estabelecidas (exemplo de população de ciganos e de imigrantes), colocaram a importância de planejar ações que atuasse sobre as demandas coletivas dessas populações e pleitearam que como meta deste plano deveria estar a construção de uma política de promoção da equidade em saúde.

Este marco se estabeleceu em meio a embates técnicos, pois rompia o até então entendimento e enquadramento dessas populações entre as “diversidades” termo que não apresentava referência científica, técnica ou política adequada ao que se tratava e por vezes era utilizado pejorativamente para enquadrar as populações excluídas e vulneráveis. Não se tratou então apenas de uma mudança de termos, nomenclatura, mas uma mudança de paradigma e a crença de que na conjuntura estadual e nacional trabalhar conjuntamente fortaleceria essas políticas desde que estivessem asseguradas as demandas e questões setoriais.

Nessa época o exercício se dava entre os trabalhadores que aos poucos modificaram sua forma de trabalho para que essa lógica proposta fosse agregada e pudesse atingir os objetivos esperados fortalecendo as políticas destinadas a populações específicas. Esse termo “populações específicas” passou, após longas discussões, a compreender as seguintes populações: povos indígenas, população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), população negra e quilombola, população em situação de rua, povos ciganos, população de migrantes e apátridas e população privada de liberdade e egressas do sistema prisional. Alcançou-se o esperado e passaram a compartilhar informações entre os trabalhadores, atuando de forma mais integrada, levando pautas comuns para debate no colegiado gestor e lançando mão de estratégias de apoio mútuo que ampliaram o espaço de fala e articulação, visto que no colegiado ocupavam quatro representações das 14 até então existentes.

Em 2019, já tinha havido a mudança de governo no estado do RS que culminou também com mudanças na gestão do departamento e enxugamento dos cargos de chefia e responsáveis técnicos e nesse momento se estabeleceu a configuração atual. Essa configuração conta com sete divisões e vinculadas hierarquicamente a essas encontram-se as políticas/áreas técnicas. Para as políticas de promoção da equidade as mudanças foram sentidas de forma mais tênue,

pois já era algo que se estabelecia e com isso as ações e propostas tomaram força, passaram a operar de forma mais clara tanto para dentro do próprio setor quanto para fora dele. Esse processo de amadurecimento e mudança institucional levou a publicação em julho de 2020 da primeira Política Estadual de Promoção da Equidade em Saúde do país. Essa política é um marco regulatório para a promoção da equidade em saúde no estado. Avança no compromisso de reunir esforços para que os princípios e as diretrizes do SUS alcancem as populações específicas, tão vulnerabilizadas, excluídas e marginalizadas historicamente.

Ademais, também é importante ressaltar que Escola de Saúde Pública (ESP), caracterizada como centro de educação e pesquisa da SES-RS, já possuiu um núcleo que se dedicou a questões indígenas. Esse núcleo era chamado de Núcleo de Estudos de Saúde Indígena (NESI) e posteriormente passou a se chamar Núcleo de Estudos de Saúde Indígena e Negra (NESIN). Apesar da notória proposta de trabalho nesse escopo da educação e pesquisa, o núcleo não se encontra mais ativo. E ainda, no mesmo departamento em que se localiza a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas existe a Política do Primeira Infância Melhor (PIM), que também possui um recorte de trabalho direcionado aos indígenas e que nos ocuparemos de apresentar seus objetivos junto às comunidades indígenas.

4.3.1 A área técnica de atenção à saúde dos povos indígenas: de onde se fala?

A Área Técnica voltada à atenção à saúde dos povos indígenas existe há muito tempo, não foi possível datar o seu começo, apesar do decreto publicado em 2021 apresentar a estrutura básica da SES apenas no regimento interno as áreas técnicas poderão ser vistas e este ainda se encontra em construção. Nem sempre a estrutura organizacional é atualizada ao mesmo tempo que as demandas e lógicas operacionais do trabalho necessitam e com isso ficam ausentes os registros oficiais restando apenas as memórias dos atores que ocupam esses espaços.

Apesar disso, a área técnica existe e atua na saúde dos povos indígenas. Há dois marcos na atuação do estado do RS na saúde indígena: o primeiro em 2003, e o segundo em 2015. Ambos os momentos em que o estado resolve versar sobre aporte de recursos financeiros para a melhoria da saúde indígena, porém com grandes diferenças entre eles e observando que o último revoga o anterior.

A portaria estadual de 2003 estabelecia repasses financeiros aos municípios do estado do RS que tinham indígenas em seu território para que fosse utilizado na saúde dos povos indígenas, era um texto geral, pouco explicativo e que deixava a cargo dos municípios decidir de que forma se daria a execução. Porém, sabe-se que nesse período a mortalidade infantil

indígena estava alta no estado e impedia a melhoria de indicadores de saúde e verificava-se que eram raros os profissionais de saúde que atendiam às comunidades indígenas, em especial o profissional médico. Dessa maneira, esse recurso era amplamente utilizado para complementação de salários de profissionais médicos para que pudessem atender também a essa população e a partir da melhoria da APS incidir sobre a mortalidade infantil. Apesar das mudanças institucionais ocorridas na saúde indígena em nível nacional, do novo arcabouço legal de 1999 e 2002, que já estava vigente, o tempo não havia sido suficiente para superar a precarização e garantir os serviços das áreas conforme determinavam as normativas.

Já em 2015 o cenário se modifica, passados mais de dez anos do SASI e da PNASPI, com a determinação de contratação de profissionais por meio de conveniadas - empresas contratadas para garantir os recursos humanos nas áreas indígenas - não fazia mais sentido ter um recurso com as características da portaria de 2003. Apesar de ter havido uma modificação em 2013 na portaria de 2003, não houve mudanças significativas, pois deu continuidade às indefinições. Diferentemente, em 2015 o texto da portaria foi amplamente modificado dando origem a Portaria SES-RS n.º 946 (ANEXO 4) que institui incentivo financeiro aos municípios para qualificação da atenção básica prestada aos povos indígenas no território do RS.

Do ponto de vista normativo a Portaria SES-RS n.º 946/2015 é a única vigente no território do RS que versa sobre a saúde dos povos indígenas, de forma contínua. Não há uma política estadual, instituída legalmente, que se ocupe de prever normativamente de que forma, com quais objetivos, premissas e formato o estado atua na saúde indígena.

Outro ponto importante é que na estrutura da SES-RS entre todas as suas assessorias e departamentos essa é a única área técnica que se dedica exclusivamente à saúde indígena e que a sua vinculação oficial é ao fortalecimento da APS. Porém, a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas se tornou a porta de entrada para todas as demandas indígenas na SES-RS. Isso se deu em especial pela construção de vínculos com os povos indígenas e com o SASI, fundamentais para a discussão e debate de qualquer questão referente à saúde indígena. Desse modo, apesar de suas responsabilidades restritas quanto aos outros níveis de atenção à saúde (média e alta complexidade), a área também recebe, acolhe e encaminha internamente questões dessa natureza. No que diz respeito às demandas de média e alta complexidade comumente chegam demandas que se referem à regulação de serviços de saúde e dificuldades de acesso a serviços hospitalares que são comunicadas e expostas internamente aos demais departamentos responsáveis, situações que poderão ser vistas nas análises documentais.

Entre os anos de 2015 a 2020 o trabalho da área técnica foi realizado por apenas dois servidores públicos, ambos sanitaristas que ingressaram na SES-RS entre o final de 2014 e

começo de 2015. Também compõe a equipe da área técnica os estagiários e os residentes que são, sobremaneira, importantes ao serviço público e para o processo de formação desses profissionais. No entanto, é importante lembrar que a preceptoria e o acompanhamento de profissionais em formação incorrem em um rol de responsabilidades e conseqüente aumento da carga de trabalho. Importante considerar ainda que há rotatividade tanto de estagiários quanto os residentes que ao cumprirem determinado período de atividades dentro da área técnica ingressam em uma nova experiência e há a entrada de novos profissionais. Desse modo, o número de trabalhadores é reduzido visto que devem se observar que questões relativas aos povos indígenas perpassam todas as demais políticas de saúde, além da imensidão de questões relativas ao universo indígena que ultrapassam os conhecimentos da área da saúde, mas são essenciais ao bom desenvolvimento do trabalho nesse espaço.

O número de trabalhadores além de ser reflexo da desvalorização das carreiras públicas e sucateamento dos serviços em âmbito geral, também diz respeito a importância daquela política institucionalmente. No mesmo departamento em que se localiza a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas há políticas que contam um número de profissionais muito maiores, enquanto na POPES há populações consideradas vulneráveis sem nenhum responsável técnico ou com apenas um profissional. No que diz respeito às funções e formas de atuação dessa área técnica reservarei essa discussão para ser feita durante as análises documentais visto se tratar de objetivo dessa tese.

4.3.2 O primeira infância melhor nas comunidades indígenas

O objetivo do programa é “orientar às famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças, desde a gestação até os 6 anos de idade”; se faz essencial o conhecimento e respeito às diferentes culturas, possibilitando uma melhor intervenção nas questões da integralidade e da promoção da qualidade do atendimento das crianças e gestantes. Trata-se de uma política pública do estado do RS de promoção do desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolve-se através de visitas domiciliares e comunitárias realizadas semanalmente a famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, visando o fortalecimento de suas competências para educar e cuidar de suas crianças (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Além da preocupação com o desenvolvimento de práticas de cuidados que respeitem as peculiaridades etnoculturais das comunidades, o PIM tem como desafio contribuir para a superação das vulnerabilidades às quais as comunidades tradicionais estão expostas de forma

mais intensa. Os povos indígenas seguem apresentando piores indicadores de saúde, conforme já apresentado anteriormente, e isso exige do PIM uma articulação intersetorial. Além disso, faz-se necessária a sensibilização dos gestores e profissionais da rede de serviços e uma aproximação constante com as lideranças comunitárias (VERCH, 2017).

No acompanhamento às famílias de comunidades tradicionais, entre elas os indígenas, as equipes municipais do PIM devem desenvolver ações e atividades voltadas para o alcance dos objetivos do Programa, sempre de forma intersetorial, integrada, coordenada e sistemática. Na realidade do trabalho junto aos indígenas o programa tem como premissa a boa interlocução com as EMSI, assim como as outras instituições indigenistas como a Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Governo (EMATER) e FUNAI.

A metodologia de trabalho do programa junto aos povos indígenas conta com um instrumento denominado de “Diagnóstico Situacional da Primeira Infância” que consta uma série de informações a serem levantadas junto às famílias indígenas para a organização do trabalho dos municípios. Além disso, prioriza-se que os visitantes das comunidades indígenas pertençam a essas, ou seja, residam na comunidade e falem a língua indígena. Diferente do que acontece com outros visitantes nos casos de contratação de visitantes que sejam indígenas a escolaridade mínima exigida é apenas a formação em nível fundamental e a realização do curso introdutório específico (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Para a realização do trabalho do PIM em comunidades tradicionais, a equipe municipal já deve ter realizado uma capacitação inicial dos visitantes, incluindo na grade de formação o enfoque na diversidade e comunidades tradicionais. As capacitações continuadas também devem ter enfoque nesta temática, focando nas necessidades observadas nas visitas, colaborando com a ampliação de conhecimentos teóricos, sob a perspectiva da valorização da diversidade da cultura brasileira, possibilitando trocas de experiências, através de relatos e registros das experiências vivenciadas junto às famílias, gestantes e crianças.

Além disso, as equipes do PIM são orientadas que sempre antes de ingressarem nas comunidades indígenas e demais comunidades tradicionais devem ser realizada a identificação das lideranças e o estabelecimento de um canal de comunicação. Posteriormente, recomenda-se a realização de reuniões comunitárias com a comunidade explicitando de forma clara os objetivos dos encontros e das ações; compreendendo a realidade social e cultural da comunidade, observando a relação desta com aspectos como água, saneamento, terra/território, entre outros elementos que permitam compreender a dinâmica e assim adequar as ações sempre que se fizer necessário.

Apesar de sua proposta de trabalho inovadora, o PIM encontra-se em apenas 31 comunidades indígenas, pois, entre outros fatores, a inclusão das comunidades indígenas passa pelo interesse de gestores municipais. Algumas lideranças indígenas demandam a expansão da política para que alcance mais comunidades (SES-RS, 2019). Além disso, é importante frisar que o trabalho do PIM se dá de forma paralela a atuação da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pois o programa possui um recorte específico na primeira infância. No entanto, acontecem trocas e compartilhamento de informações técnicas sempre que se faz necessário por ambas as equipes, mas muito pouco se avançou em trabalhos conjuntos. Entretanto, para fins desse trabalho não são considerados documentos relativos a ao PIM, bem como de outras áreas. Apenas constam análises e documentos relativos à Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas pela exclusividade em tratar especificamente do tema dentro da SES-RS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: A SAÚDE INDÍGENA VISTA DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS

A partir daqui imergimos nos documentos, nos casos, relatos e nas respostas. Nos debruçamos da descrição de cada fato e realidade, conforme documentado, refletindo sobre o percurso da política de saúde indígena e onde ela se situa no campo operacional. Nesse meio o campo operacional da política de saúde indígena e o normativo se contrapõem expondo alinhamentos necessários ao bem estar do SASI e dos indígenas. Para completar o panorama nacional vem reafirmando essas necessidades, mas explicitando que há formas possíveis de atuação dos estados na saúde indígena e que é preciso falar sobre isso. Esse capítulo vai tecendo os resultados, alcançando os objetivos, refutando teses e se finaliza na imensidão do que ainda há a ser feito.

5.1 DOS DOCUMENTOS AOS CASOS

Ao todo foram analisados 220 documentos, destes 103 foram selecionados para estudo. Os documentos excluídos não apresentavam correlação com o objetivo deste trabalho ou não possuíam conteúdo suficiente para análise. Os documentos selecionados foram compilados em formato de resumo de casos, ou seja, a partir da leitura e estudo do documento ele era sintetizado em um texto único e descritivo, pois houve situações em que um mesmo documento apresentasse mais de um documento interligado a ele. Os 103 casos foram formados por documentos digitais e documentos físicos do arquivo da área técnica.

Desses documentos incluídos no estudo há situações em que mais de um deles compunham uma mesma situação que aqui chamaremos de caso. Por exemplo: havia uma comunicação por e-mail e uma ata que tratavam da mesma situação ou demanda, assim foram reunidos formando um único caso. Depois disso, os 103 documentos constituíram 86 casos. Desse modo, na parte descritiva será utilizado com maior frequência o termo “caso” para facilitar a compreensão.

O compilado dos casos também contou com o apoio de três cadernos de anotações dos técnicos da área no período e um diário de atividades da área técnica onde a equipe reunia em um único documento informações relevantes sobre a rotina de trabalho diária. Dessa forma, a partir do achado de um caso os cadernos eram consultados verificando-se a existência de anotações pertinentes. Em exemplo: se o documento era a ata de uma reunião para tratar de

determinado assunto, se buscava nos cadernos de anotações se haviam mais informações sobre aquela reunião, desfecho, encaminhamentos e percepções.

Entre as análises e estudos iniciais do conjunto de documentos foi possível identificar dois modos de atuação da área técnica: um destes a partir da demanda, atuando quando demandada ou solicitada; e o segundo impulsionando, promovendo e fortalecendo a gestão da política pública de saúde indígena de forma estrutural. A partir dessas duas delimitações foi possível identificar que os casos presentes nos documentos analisados se dividem entre esses dois formatos e elucidam as formas de atuação da secretaria expondo potencialidades, lacunas e desafios dentro da própria instituição e fora dela.

Na análise dos casos de quando a Área Técnica é demanda foi possível dividir em três fontes principais: quando demandada pelos indígenas e suas lideranças; quando demanda por gestores, profissionais e trabalhadores municipais; quando demandada por profissionais e trabalhadores vinculados ao SASI. E como fontes secundárias (aquelas em menor proporção): quando demandada intersetorialmente; e quando demandada de forma judicializada.

As análises dos casos apresentaram o papel fundamental do controle social e do protagonismo indígena, a presença do racismo estrutural, a preponderância de políticas homogeneizadoras, múltiplos fatores de enfraquecimento do subsistema, o distanciamento entre as políticas públicas formais (enquanto normas) e a que se opera. A partir dessa linha é onde fica mais evidente que o campo de atuação para SES, na análise do caso do RS, está na lacuna da política pública e não na sua sobreposição, é de fato a complementaridade, porém com rotineiras inversões de papéis entre os outros entes.

Nas análises do modo estrutural/institucional, por sua vez, as subdivisões não se dão por fonte, mas por formas do efetivo exercício da gestão, que apresenta uma atuação diferenciada que em nenhum momento foi tratada pela literatura da saúde indígena. Esse modo expõe sobremaneira as falhas internas da instituição, a dificuldade da regionalização e atuação descentralizada e a limitação das políticas gerais, mas também retratam a indissociabilidade entre a gestão da saúde, a ciência e as instituições formadoras.

Depois de realizados os procedimentos iniciais de organização e padronização dos casos colocando todos no formato de resumo de caso eles foram catalogados por tema resultando nos seguintes conjuntos:

- A. Protagonismo indígena (6);
- B. Avanços e desafios internos a SES-RS (19);
- C. Acesso a média e alta complexidade (5);
- D. Atuação dos municípios na saúde indígena (13);

- E. A operacionalização do SASI no RS (20);
- F. Informações da saúde indígena (7);
- G. A pandemia de COVID-19 (10);
- H. Judicialização (6).

A partir desses conjuntos os casos foram descritos e analisados dando lugar as próximas seções em que dialogamos com os achados. Além disso, cabe ressaltar, que os casos foram desidentificados, ou seja, foram suprimidas as referências nominais a pessoas, serviços ou municípios. No caso dos municípios quando verificada que a localização geográfica é pertinente a análise a referência foi feita a região em que se localiza, a exemplo: o município da região norte do estado. O nome do município só foi citado quando essa informação apresentava relevância e essencialidade para a descrição ou quando o próprio caso já apresentava elementos que permitissem sua identificação.

Ademais, anterior aos subcapítulos que apresentam o conjunto dos casos foi feita uma seção introdutória sobre o panorama geral do estado do RS através de um relato da minha experiência enquanto trabalhadora da saúde indígena, nesse contexto em que se localiza a tese.

5.1.1 As memórias do trabalho na saúde indígena

Nessa parte do estudo avaliei como importante relatar a minha experiência a partir das minhas memórias, primeiro porque sei que elas são relevantes a temática, outra porque sei que nenhum documento conseguirá abordar as dimensões que coloco aqui. O ano de 2015 coincide com a mudança de governador no estado do RS quando José Ivo Sartori, vinculado do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), assumiu o cargo, ficando nele entre os anos de 2015 a 2019. Posterior a esse período assumiu o governo do estado do RS o governador Eduardo Leite, vinculado ao Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB). É importante considerar esses fatores, pois a mudança de governo em 2015 levou a mudança na composição da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, pois os integrantes anteriores haviam sido exonerados de suas funções nos últimos dias do ano anterior, o que deixaria então a área sem trabalhadores.

No entanto, nesse mesmo período estavam ingressando novos servidores públicos devido a chamamento público de concurso realizado em anos anteriores, incluindo a minha entrada na SES. Manifestei interesse em atuar nessa frente visto que já vinha de uma experiência anterior de trabalho na saúde indígena, me identificava com o tema e acreditava que poderia

contribuir com o meu trabalho. No entanto, ainda nas minhas primeiras semanas fui questionada por uma colega nos corredores da secretaria se haviam me “mandado para indígena”, nunca me esqueci desse questionamento me recordo de prontamente responder que aquela era a minha primeira opção, entre as três que me pediram para sinalizar interesse. O questionamento me marcou sobremaneira, pois ele dizia muito sobre o quanto eu poderia ajudar por meio do meu trabalho, combatendo o preconceito, a discriminação sistemática e a violência institucional que permeia inúmeras instituições e muitas vezes não é notado como tal. A verdade é que aquele questionamento tinha um tom de castigo, como se ir para a política de saúde indígena não pudesse ser opção de alguém, como se a minha recém chegada naquela instituição e no serviço público só tivesse me restado o pior.

Vi que o trajeto não seria tão simples, além dos dilemas externos eu também tinha os meus. Estava num estado que não era o meu, em uma instituição que eu não conhecia para trabalhar com indígenas e etnias as quais eu também não conhecia. Eu vinha da capital do país, Brasília, onde a figura mais próxima de gestão da saúde era o MS e não um estado. Conhecia a saúde indígena pela SESAI, pela CASAI e não pela APS. Conhecia indígenas de várias etnias, já havia estado em aldeias no norte do país e trabalhado em pesquisa com colegas indígenas que muito ajudaram na minha formação. Porém, não sabia por onde começar.

Tomei a decisão de encontrar a memória do que já havia sido feito dentro da SES-RS naquela política, mas isso não estava sistematizado e as pessoas que sabiam do histórico do trabalho realizado ali já não estavam mais. Então decidi que o caminho era conhecer os indígenas e a partir deles identificar como poderia trabalhar a saúde indígena. Era só eu na área técnica. O estado do RS estava em uma contenção de despesas e deslocamentos de trabalho só urgentes. Então acionei trabalhadores e trabalhadoras da SESAI, vinculados aos Polos Base, pedindo que me incluíssem nas discussões, que me chamassem quando achassem que eu poderia apoiar em alguma questão para que aos poucos eu pudesse conhecer como a saúde indígena se organizava no estado.

Nesse período fui acolhida por um servidor antigo da FUNASA, que na época exercia a função de chefe do Escritório Local do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (DSEI-IS), que funcionava como uma sede descentralizada do distrito e operava de forma mais ágil pela sua proximidade aos territórios, já que se localizava no município de Passo Fundo, que fica numa importante região para os indígenas. Esse trabalhador pelos anos que se dedicou a saúde indígena conhecia amplamente as áreas indígenas, tinha respeito e entrada em praticamente qualquer área indígena do estado. Ele e a equipe que trabalhava naquele período foram comigo a várias das aldeias do estado, inclusive me dando carona no carro da SESAI, pois o estado

quase nunca oportunizava as minhas idas para conhecer as áreas indígenas. Foi então um período de imersão no campo, me recordava com frequência das ciências sociais na saúde coletiva, pois ia aos territórios ser apresentada como alguém que tinha chegado para trabalhar com eles e por eles, alguém que vinha ajudar, para criar vínculo, conquistar respeito comunitário, entender as dinâmicas locais tanto dos indígenas quanto das equipes de saúde, dos gestores municipais.

Esse trabalho intenso de reconhecimento durou cerca de um ano e meio a dois anos. Chegava a viajar toda a semana para estar nas áreas mais distantes e a essa altura já havia conseguido reforçar a equipe à medida que demonstrava internamente a SES-RS que havia muito trabalho a ser feito. Aos poucos passei a chegar em reuniões com lideranças indígenas e ver que mesmo eu não tendo estado fisicamente na sua aldeia eles já me conheciam. A comunicação entre as lideranças funciona de forma ágil, rápida e efetiva, e aos poucos as lideranças e os indígenas foram me dando espaço para trabalhar e demandando trabalho.

Concomitante a isso, fui trabalhando a saúde indígena internamente a secretaria, pois éramos apenas duas pessoas lotadas na capital, Porto Alegre, e tínhamos o trabalho de mobilizar as CRS para que a pauta indígena também passasse a fazer parte da rotina de trabalho. Esse processo foi difícil e ainda é, expõe as fragilidades das formações na área da saúde, muitos colegas de secretaria jamais tinham ouvido falar sobre indígenas e estavam então como responsáveis por essa política na CRS, essa e mais duas, quatro, oito ou mais políticas. Trabalhadores sobrecarregados, que muitas vezes faziam o pouco que podiam, da forma que era possível, já com salários parcelados, perdendo direitos trabalhistas e muitas vezes desmotivados.

Em outros momentos encontrávamos pessoas com amplo conhecimento já adquirido pela própria trajetória ou que a partir da nossa demanda se mobilizavam em aprender e fazer parte, passamos a compor espaços, reuniões e pautar a saúde indígena junto às demais políticas de saúde. Outras vezes, tínhamos que lidar com os próprios colegas desfazendo o nosso árduo trabalho em construir uma relação de respeito frente à diversidade indígena. No entanto, em determinado momento entendemos que o problema não era que estávamos falhando no nosso trabalho, mas sim que estávamos lutando contra algo muito maior que era contra discursos e pessoas preconceituosas e racistas em suas vidas privadas e que perpetuam isso institucionalmente, e contra isso o embate é diário e o caminho muito longo.

Em determinados momentos as próprias lideranças indígenas diziam que não queriam dialogar com representantes das CRS e sim conosco do nível central. E assim fazíamos, nos deslocávamos por várias partes do estado junto as CRS para que pudessem acompanhar e ver

como dialogamos e agenciamos em nome da SES-RS as questões de saúde indígena e aos poucos passássemos a ter um discurso mais uniforme sobre os caminhos dessa política na secretaria. Em outras regiões no decorrer desses anos as colegas se empoderaram das questões de saúde indígena, se aproximaram dos territórios e dos municípios, estabeleceram canais fluidos de comunicação e construíram conjuntamente formas de fazer saúde indígena a partir da SES-RS, com completa autonomia e desenvoltura. E nesses casos, só nos resta a retaguarda e o apoio quando sintam como necessário.

Trabalhamos junto as CRS que o nosso trabalho era sempre junto à SESAI, junto às EMSI, que nós enquanto estado estávamos ali para fortalecê-los, para apoiá-los, que por mais próximos que estivéssemos dos indígenas a instituição, SESAI, era uma conquista deles, daquilo que eles acreditavam que era a melhor forma de trabalhar as questões indígenas. Paralelo a isso reforçamos a importância de fazer as comunidades serem ouvidas dentro dos municípios que estão localizadas, de atuarem como mediadores nas situações de conflitos entre os municípios e os indígenas e terem postura ativa quando identificado qualquer ausência na efetivação de direitos indígenas acionando a rede de intersetorial, a exemplo a assistência social e a educação. Apesar desta postura da área técnica, as CRS têm um trabalho e forma de organização própria e não há hierarquia entre o nível central e estas. O papel da área técnica é orientador, facilitador, indutor, mas não tem caráter ou prerrogativa para impor conduta semelhante à sua e isso faz com que ainda no ano de 2020 se vivencie discursos de CRS que não contemplam essa mesma linha de trabalho e necessitam urgente de reorganização interna, mas de 2015 a 2020 esses casos se tornaram exceção.

Após a imersão e dos anos de trabalho a área técnica e as referências que atuam ativamente com a política de saúde indígena nas CRS passaram a ser “porta de entrada” para todas as demandas relativas à saúde indígena, incluindo aquelas que ultrapassam a APS, competência principal do departamento no qual está localizada, mas que são responsabilidades da SES-RS, como exemplo recorrente a demanda por leitos de UTI e ações de vigilância em saúde. Avalio que nesse sentido a área técnica assume papel de ponto focal, pois o trabalho com os indígenas tem como premissa o vínculo e como qualquer outra área conseguiria atuar sem antes se dispor a vincular-se, participar e reconhecer as comunidades.

Nessa lógica, o trabalho foi acontecendo, com a ajuda dos profissionais da SESAI, do empenho de algumas CRS e da própria organização dos indígenas, demandando ações e serviços tanto ao estado, municípios e união. Com toda certeza longe do ideal previsto pela política pública de saúde indígena com dificuldades estruturais como a rotatividade dos profissionais das EMSI, do negligenciamento da saúde indígena por parte de gestores

municipais e da dificuldade do estado em estabelecer campo de atuação possível. No final do ano de 2016, houve uma mudança na coordenação do DSEI-IS, ao qual se vinculam os profissionais da saúde indígena no estado do RS, e os anos seguintes foram de dificuldades muito maiores. Houve inúmeras manifestações dos indígenas do RS e dos demais estados que o DSEI-IS atua pedindo a saída do então coordenador, audiências públicas, convocações do MPF para discutir questões indígenas que poderiam e deveriam ter sido resolvidas no âmbito da gestão da saúde.

O formato de trabalho integrado entre estado do RS e SESAI foi se distanciando um, porque houve mudanças significativas no quadro de profissionais da saúde indígena nos anos que seguiram e já não compartilhavam das mesmas crenças ou sequer tinham conhecimento delas; outro, porque a SES-RS passou a assumir o papel de maior cobrança, responsabilização frente às demandas e denúncias de irregularidades que passaram a chegar e serem identificadas nas rotinas de trabalho. Tratava-se do problema político do SUS (PAIM, 2018) emperrando o trabalho técnico. Ousaria dizer: o que sustentou a saúde indígena nesse período foi que o diálogo junto aos indígenas já estava mais solidificado e era possível atuar paralelamente a política de saúde indígena, o que exigiu um esforço muito maior, foi desgastante e difícil.

O trabalho já se encontrava tão distante da gestão do DSEI-IS que a estratégia foi utilizar-se da rede de relações interpessoais. Com o passar dos anos a gente passa a conhecer pessoas, trabalhadores, gestores, lideranças indígenas, movimentos sociais e nesse momento essa rede não institucional foi a base. Sempre que era necessário acionávamos diretamente trabalhadores das áreas indígenas, dos Polos Base para apoiar na resolução de problemas, ao invés de fazer apenas o caminho institucional e burocrático, nos valem do contato direto com lideranças para saber o que de fato estava acontecendo na saúde nas áreas indígenas. Tratava-se de uma estratégia de pares, pares no sentido que aquelas que compunham essa rede eram pessoas que realmente se importavam com os indígenas, que entendiam e compartilhavam a compreensão de que o trabalho a ser feito não podia esperar o tempo político, as movimentações dos altos cargos de chefia, as exonerações e nomeações. Ao mesmo tempo em que ter essa rede ativa era crucial era complexo saber que a capacidade dela era limitada, pois rapidamente esbarrávamos na institucionalidade (necessária e importante), mas tão impotente no período e daí nós víamos de novo nas reuniões com pouca ou nenhuma resolutividade, nas reuniões no MPF ou nas aldeias fazendo a escuta solidária de todos os problemas que se mantinham e rapidamente aumentavam.

Em 2019 iniciamos uma reaproximação ao DSEI-IS na tentativa de restabelecer os vínculos institucionais, com novos atores, novos chefes, profissionais e na sorte alguns atores

conhecidos que se uniam a nós no discurso da importância de que esse vínculo fosse refeito. Foram feitos alinhamentos, pactuações e a sensação era que estávamos começando de novo. Nós não havíamos saído dali, daquela área técnica naquela instituição, mas do DSEI-IS, da SESAI, sim, muitos já não faziam mais parte e a lógica de trabalho já tinha mudado bastante.

Nos meados de 2015 se reconhecia a dificuldade que era ter um DSEI fora do estado do RS visto a dimensão da pauta indígena no estado e que era cada vez mais necessário que mesmo com o DSEI fora se descentralizasse e que os problemas do estado fossem nele mesmo resolvidos. Isso é reflexo claro da distância entre muitas leis e a realidade, mas que não é uma exclusividade da saúde indígena, pois é comum ver nas políticas públicas brasileiras uma distância entre a norma legal e o que de fato se efetiva. Por vezes, a norma não é capaz de contemplar a dinâmica social na sua integralidade.

Em 2019 a proposta de trabalho foi o retorno da centralidade da gestão na figura do DSEI em Santa Catarina e com isso na equipe que lá estava, então nosso canal de comunicação se modificou sobremaneira, pois passamos a nos remeter ao DSEI e não mais aos Polos Base e nem as EMSI. Na prática quer dizer que para resolver problemas de saúde indígena no RS se faz contato com SC. Vale lembrar nesse ponto que a demanda por um DSEI com sede no RS é demanda antiga inclusive registrado nos documentos das Conferências Nacionais de Saúde Indígena, mas nem por isso resolvido até o momento.

Importante salientar que não se trata de dizer o que era melhor ou pior, se eram melhores ou piores profissionais ou equipes, longe disso, mas de situar essas mudanças e o impacto disso na efetivação da política de saúde indígena. Isso não se encontra registrado oficialmente e talvez essa seja a primeira e última vez que isso fique registrado em algum lugar. Isso é fato histórico presente na memória de quem viveu e vive a política de saúde indígena da vida real e é nesse SUS real que a gente reafirma a necessidade de avançarmos ao encontro do SUS legal e oficial, e não que a gente assume que é esse que queremos e que do jeito que está é o suficiente. Vivenciar o real evidencia a necessidade de transpor o oficial ao real.

Entretanto, eu diria que sorte a nossa ter avançado em restabelecer os vínculos institucionais já em 2019, porque em 2020 veio a pandemia de COVID-19 e escancarou as nossas falhas (enquanto instituições públicas, enquanto Estado). Problemas como a ausência do profissional que ainda não havia sido substituído e o restante da equipe que vinha levando se transformou em carta das lideranças solicitando providências, aqueles problemas de abastecimento de água que fazia a SESAI ter que mandar caminhão com água para as aldeias se transformou em pauta de grupo de trabalho interinstitucional, aquela necessidade de pensar integralmente os sujeitos mostrou como é grave a insegurança alimentar nas comunidades

indígenas, a pandemia foi mostrando e seguirá mostrando. Casos como esses virão a partir da análise documental evidenciando de forma mais detalhada essas realidades.

No entanto, ao escancarar as falhas de várias políticas sociais e a vulnerabilidade social a qual os indígenas estão submetidos, a situação de calamidade pública, imposta pela pandemia, também colocou a saúde indígena na pauta do estado do RS como um tema de importância. Muitos atores internos e externos se colocaram, a exemplo da FUNAI, do MPF, de candidatos políticos, de comissões e grupos de trabalho intersetorial e da mídia. Todos queriam saber como estava a saúde dos indígenas, queriam cobrar ações e em outras vezes se dispôs a ajudar. Dentro da divisão passamos, junto com a política de saúde prisional, a ser a com maior sobrecarga de trabalho. Até o presente momento a pandemia ainda segue seu curso, a vacinação dos indígenas e outros grupos prioritários já foram iniciados, os problemas só têm ficado mais evidentes e, assim como a pandemia, não há data marcada para o fim.

5.1.2 A SES-RS: avanços e desafios

Esse conjunto de casos foi um dos maiores numericamente, somando 19 casos. Nessa seção foram incluídos casos que trazem experiências de atuação das CRS, a atuação indutora da área técnica, a permeabilidade interna da política de saúde indígena, fragilidades e dificuldades ao trabalho técnico. Esses casos começam a elucidar qual o papel da SES-RS na saúde indígena um papel construído na vivência prática do trabalho em saúde.

No percurso da tese e do estudo dos casos identifiquei que tratar sobre as formas de atuação do estado do RS na saúde indígena tinha duas linhas: uma que dizia respeito às formas de atuação direta, ou seja, aquelas que acarretam benefícios claros e concretos, e em maior parte das vezes imediato ou em um curto tempo para os indígenas; e outra que seria uma forma de atuação indireta, que envolve ações e formas de atuar pouco palpáveis, compostas, por vezes, de várias pequenas ações até o benefício e/ou mudança ser alcançada, no geral são mais demorados. Nessa lógica, identifiquei os casos que seguem como de formas de atuação indiretas e levantei alguns elementos de análise em cada um deles.

Um dos casos elencado nessa seção trata-se de uma comunicação entre divisões do próprio departamento em que a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está inserida e profissionais do SASI. A área técnica fez uma solicitação a outra divisão a inclusão dos profissionais das EMSI e dos profissionais dos Polos Base em uma capacitação sobre investigação de óbito infantil e fetal. A resposta do profissional da outra divisão da SES-RS é

positiva quanto a possibilidade de inclusão dos profissionais das EMSI e logo se explica o motivo da participação desses não terem constado na proposta inicial.

Na realidade, quando organizei esta reunião, fiz contato com a [...], nem me lembrei da saúde indígena.” (25 de fevereiro de 2016-Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

O motivo da ausência inicial pode ter base em muitas explicações, mas o esquecimento é sintomático quanto se trata de populações vulneráveis e historicamente colocadas à margem. Esse caso me recordou a discussão Kalckmann *et al.* (2007) sobre o racismo institucional em que afirma que há um enorme peso da dimensão étnico racial no Brasil em problemas sociais e que a discriminação por cor/raça, na maioria das vezes, se dá de forma velada. O esquecimento não deveria ser justificativa à medida que se pressupõe que profissionais capacitados e atualizados têm maiores possibilidades de ofertar serviços de qualidade e dessa forma excluir os profissionais da saúde indígena reduz a chance dos indígenas terem esses serviços. Para Kalckmann *et al.* (2007) a sociedade brasileira permanece racista, racismo esse que se adentra ao Estado, a suas instâncias governamentais, nos serviços e nas políticas públicas.

No caso em estudo, se a área técnica não tivesse acionado a outra divisão não teria sido oportunizada a participação dos profissionais das EMSI e dos Polos Base. Os documentos registram que após a manifestação sobre o esquecimento uma profissional do Polo Base explicou o quanto é importante para eles (profissionais vinculados ao SASI) participarem desses momentos, pois tem a oportunidade de se atualizar de protocolos e formatos propostos se capacitando e qualificando o seu trabalho.

Ao mesmo tempo em que demandar esse espaço trata-se do movimento constante de pautar a temática indígena internamente a SES-RS, que será trazido em outros casos que reafirma essa lógica em que é necessário continuamente pautar, pedir, mobilizar e agenciar espaço de debate para esse tema dentro da instituição também se observa um importante papel de combate ao racismo institucional e discriminação contra os povos indígenas.

Em outro caso, situação similar, em que se encontrava em análise um documento técnico de orientação aos municípios a respeito do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, e ao realizar o estudo do documento a área técnica observou que não estavam incluídos no texto referência ao trabalho realizado pelos AIS e nem aos AISAN. Após avaliar a importância do trabalho desses profissionais ao tema e a importância de que os gestores municipais também observassem o tema da dengue na perspectiva indígena a área técnica apresentou sugestões de alteração ao texto. Isso foi feito após construção conjunta ao DSEI de referência.

Esse caso apresenta similaridades ao primeiro apresentado visto que em ambos se ausenta a inclusão das questões indígenas. Novamente se vê o pleito pela inclusão da temática em meio às lógicas homogeneizadoras de produção de informação e cuidado em saúde. Porém, esse caso traz um elemento que é a presença de uma interlocução ativa entre o DSEI e a SES, via área técnica, apresentando resultados positivos a política de saúde indígena. Destaca um momento em que o canal de comunicação se encontrava aberto, fluído e ativo entre as instituições, SESAI e SES. Dessa forma até mesmo em uma atividade rotineira de formulação de documentos técnicos a construção se deu de forma compartilhada.

Esse caso também diz respeito a função da área técnica em subsidiar internamente a SES-RS em questões sobre a saúde dos povos indígenas. Trata-se de uma forma de atuação que não identifica como caminho que todo e qualquer profissional tenha domínio de temas relativos ao universo indígena e sua saúde, mas sim que as demais áreas da SES reconheçam que aquela área técnica se adentra a todas as outras. O exemplo fica mais claro se pensarmos os ciclos de vida: temos crianças indígenas, jovens indígenas, adultos indígenas e idosos indígenas. Não se faz necessário, nem seria plausível que a um ou dois técnicos recaísse a responsabilidade de conhecer em profundidade todas as normativas e especificidades de cada ciclo, mas é necessário que a transversalidade entre as distintas áreas e políticas de saúde esteja garantida.

Situações em que isso se efetiva foram encontradas entre os casos. Há casos em que os Polos Base junto a área técnica subsidiaram outras políticas, como a política de saúde do idoso e o PIM com informações a respeito dos povos indígenas. Esses subsídios tinham como objetivo que essas outras áreas e políticas pudessem planejar suas ações ou mesmo redigir documentos de forma a contemplar as comunidades indígenas. Esse processo de garantir a transversalidade ou promovê-la também é registrado quando a área técnica aciona todas as demais áreas, divisões e coordenações do departamento solicitando apoio para que materiais de informação e comunicação em saúde cheguem às aldeias indígenas. Nesse caso havia queixa de profissionais dos Polos Bases que materiais como cartilhas, folders e cadernetas por vezes não eram acessados pelos indígenas. A forma mais comum de disponibilização desses tipos de materiais exige que os municípios enviem previamente o quantitativo necessário às CRS e assim seja feita a disponibilização. No entanto, o relato dos profissionais dos Polos Base era de que recorrentemente os municípios se esqueciam de contabilizar os indígenas. Com isso, o encaminhamento da situação foi de que as demais áreas do departamento (o DAPPS) comunicassem a área técnica sempre que houvesse programação para distribuição tanto materiais quanto espaços de formação e educação permanente para que juntos pudessem avaliar qual a melhor forma de garantir o acesso dos indígenas.

Casos como esse expõem um dos desafios impostos à operacionalidade do subsistema, conforme previsto na legislação, dentro e junto ao SUS. Em diversos casos os gestores municipais estão completamente afastados das ações e serviços de saúde indígena e acabam se esquecendo (ou se esquivando) de garantir a complementaridade das ações e serviços que lhe foi dada a responsabilidade na constituição do subsistema. Pela legislação as EMSI não têm nenhuma vinculação aos municípios ou aos estados, pois estas se encontram vinculadas à união, que entre outros fatores, é uma forma de preservar e garantir atenção à saúde dos indígenas mesmo em territórios de conflitos. Porém, os indígenas encontram-se em territórios de abrangência dos municípios e participam da vida social e na condição de munícipes possuem direito a também acessar serviços e ações advindas do nível municipal do SUS, como por exemplo receber insumos e materiais que não sejam disponibilizados diretamente às EMSI.

Para que os materiais informativos cheguem às aldeias, se faz necessária a articulação dos três entes (união, estados e municípios), mas como se vê no caso, isso não acontece de forma natural nas instituições, são processos induzidos. Esse papel indutor é também uma forma de atuação da área técnica na saúde indígena: induzindo mudanças nos processos de trabalho e com isso atuando também em situações de discriminação e violência que os indígenas enfrentam quando são colocados a parte do restante do sistema de saúde. A lógica de que a saúde dos indígenas é responsabilidade restrita do SASI isentando os demais de responsabilidades, além de contrário a política de saúde indígena, é sobremaneira restritiva ao direito à saúde que os indígenas possuem e desconsidera a autonomia dos indígenas em buscar e demandar serviços que traduzam seus direitos já alcançados.

Em situações como essa se observa que o estado também exerce o papel de mediador, pois se encontra em um espaço de conforto em que ele não é as equipes que ficam sem os materiais de apoio ao seu trabalho e por vezes com a demanda dos indígenas, nem é o gestor municipal que se omite, sabidamente ou não, do seu papel complementar. Além disso, não se pode esquecer que a atuação da área técnica somada ao apoio de áreas e coordenações com maior reconhecimento político, interesse e recursos financeiros amplia a possibilidade de diálogo e pleito de demandas indígenas junto aos gestores municipais.

Em outro caso foram tratados os impasses de comunicação entre SASI e SUS. O caso aborda a ausência de registro dos indígenas no e-SUS. O e-SUS é um sistema que foi instituído em 2013 pelo MS com intuito de informatizar, qualificar, unificar e viabilizar informações em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2019) e compõe a estratégia de informatização do SUS. Na ocasião, uma referência técnica da saúde indígena em um CRS quando participou das discussões do Programa Saúde na Escola (PSE) identificou que um dos acompanhamentos previstos pelo

programa mencionava a obrigatoriedade de realizar registros no e-SUS. Porém, os indígenas escolares possuíam apenas registros no SIASI e esses não podiam ser acessados nem pelas CRS nem pelos municípios.

A área técnica junto aos profissionais responsáveis pelo acompanhamento do PSE apresentou como solução que se pactuasse com a EMSI o registro manual das informações necessárias para que equipes de saúde municipais alimentassem o sistema do e-SUS para assim garantir a inclusão dos indígenas escolares no programa. Importante frisar que as comunidades indígenas se tratavam de população prioritária ao programa, o PSE.

As questões referentes aos sistemas de informação são um antigo imbróglio que envolve o estado do RS e a SESAI. Mendes *et al.* (2018) relataram a ausência de comunicação do SIASI com os demais sistemas de informação do SUS. Nesse caso em específico a garantia de que os indígenas estejam incluídos no programa dependia da disponibilidade das EMSI em fazer os registros e disponibilizá-los aos municípios, pois a legislação vigente do MS ainda no ano de 2020 as eximia de responsabilidade de alimentação de sistemas de informação que não sejam o SIASI. Essa mesma normativa coloca como possível o compartilhamento de informações para fins de vigilância em saúde, mas não institucionaliza a forma e nem quando isso deve ser garantido. A literatura já tratou sobre as limitações do SIASI incluindo problemas relativos à confiabilidade dos dados (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

No caso relatado a ausência de integração entre os sistemas de informação representou um entrave para que os indígenas pudessem ou não fazer parte de um programa de saúde. Além disso, dificuldades relativas às informações influenciam negativamente o planejamento em saúde em nível local importantes ainda para o monitoramento da saúde da população indígena e da PNASPI (MENDES *et al.*, 2016).

É possível observar que apesar de compor determinada seção, como é o caso dessa que tem como “guarda-chuva” as questões referentes aos avanços e desafios internos da SES-RS os casos não se restringem a essa temática adentrando em outras que envolvem a SESAI, os municípios e a atuação das lideranças indígenas. Isso se dá porque os casos são alguns retratos da realidade do trabalho da área técnica e a realidade é dinâmica e fluída, onde quase nunca se é possível realizar enquadramentos.

Há também aqueles casos que possuem delineamento mais claro e em que é possível visualizar a figura da SES-RS de forma mais evidente. Ao menos 10 dos casos listados para essa seção referem-se a desafios, dificuldades e fragilidades internas da SES-RS. Entre esses estão casos sobre a dificuldade de estabelecer pessoas de referência para a pauta indígena nas

CRS, que são aquelas pessoas que se vinculam a toda e qualquer questão referente aos povos indígenas da sua região e são o elo de contato com a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visto que essa última está localizada na capital, Porto Alegre, e atua não apenas em uma região, mas em todo o estado.

Essas pessoas de referência são fundamentais ao trabalho regionalizado, pois elas têm potencial importante de criação de vínculo tanto com as comunidades quanto com os gestores municipais e profissionais vinculados ao SASI, além de compartilharem no cotidiano das coordenadorias com todas as outras áreas e políticas. No entanto, os casos sobre esse tema apresentam a dificuldade em se estabelecer pessoas de referência nas CRS, sendo rotineiras as demandas da área técnica para a direção do seu departamento ou para as chefias das CRS solicitando que fossem estabelecidos profissionais de referências para a saúde indígena durante os cinco anos em análise. Além disso, verificou-se inclusive que houve períodos em que as regiões com as maiores densidades demográficas indígenas do estado do RS ficaram descobertas, sem referência.

Os casos apresentam o fato de que na ausência de referência regional para a pauta a equipe da área técnica, composta durante todo o período de análise (2015-2020) por dois profissionais, acaba por assumir o papel regional. Acolhendo, assim, uma responsabilidade que não é sua e de maneira limitada visto que devido à distância geográfica e amplitude do território fica inviável a criação de vínculos e acompanhamento efetivo da situação de saúde das áreas indígenas. O que se verifica nesses casos é que a atuação fica restrita ao acompanhamento da realização dos planos de aplicação dos recursos, advindos da Portaria n.º 946/2015 da SES-RS, que repassa aos municípios recursos para qualificação da atenção básica prestada aos indígenas visto que a própria portaria estabelece como obrigatória a participação da SES.

Além disso, nesses casos a área técnica responde a demandas urgentes, mas fica impossibilitada de realizar planejamentos de ações e o acompanhamento. No ano de 2015 foi identificado que rotineiramente se tinha a ausência das CRS. Isso ocorria até mesmo na realização dos planos de aplicação dos recursos. Nesse período, os casos apresentam que era frequente que as EMSI e Polos Base realizassem os planos com gestores municipais e indígenas sem qualquer acompanhamento do estado. Pelos documentos nota-se que essa rotina começou a se modificar efetivamente após a publicação da Portaria n.º 946 no final do ano de 2015.

Apesar dos entraves, os documentos demonstram uma evolução entre 2015 a 2020 por parte das referências regionais no desenvolvimento do seu papel quanto à saúde indígena, em especial garantindo a representação da SES na etapa de realização dos planos de aplicação do recurso financeiro. Também se observa que essa evolução não acontece de forma igual em todo

o estado e que há maiores e menores graus de envolvimento com a pauta a depender do engajamento do profissional de referência e das condições de trabalho. Na contramão disso no diário de atividades há registros de que, em discussões coletivas entre a área técnica e as referências regionais, há um entendimento de que há profissionais que ocupam o espaço de participação apenas para responder burocraticamente à exigência da portaria ou por determinação superior dentro das CRS, mas que se sentem pouco aptos e/ou empoderados a serem propositivos e atuantes nesses espaços em especial quando envolve atores externos à SES como os gestores municipais, as EMSI e as lideranças indígenas.

Ademais, houve casos que, na ausência de referência específica para a saúde indígena nas regionais de saúde, foi possível a articulação com as referências técnicas da APS. No entanto, nesses casos se verifica que é ainda mais presente uma atuação restrita, visto não se tratar de pauta que o profissional tem domínio e devido à sobrecarga de trabalho que isso acarreta. Os casos também apresentam que independente se são referências técnicas da saúde indígena, os profissionais das CRS passam por uma sobrecarga de trabalho sendo responsáveis por mais de uma pauta ou política de saúde.

Há registros, no período em estudo, de que uma única profissional era responsável por oito políticas dentro da regional de saúde. Então além da pauta e demandas referentes à saúde indígena essa mesma pessoa tinha outras sete frentes de trabalho. Em determinada situação em que a área técnica questionou a todas as CRS sobre como o trabalho vinha se desenvolvendo regionalmente e se colocando à disposição para apoiá-las sempre que se fizesse necessário uma referência técnica respondeu que se sentia sempre “*quebrando galho*” e que sentia dificuldade em “*tudo*”; e relatou inclusive que se sente distanciada das EMSI e dos Polos Base e que sua experiência em momentos anteriores era de um trabalho integrado e que sentia sua participação mais efetiva.

Avalia-se que a sobrecarga dos profissionais além de todos os prejuízos a vida e saúde deste têm efeitos negativos na condução das políticas públicas. Isso se verifica quando se observa, na saúde indígena, que maior parte das regionais atua por demanda e realiza poucos ou nenhum planejamento e programação, que realizam pouco ou nenhuma avaliação e monitoramento das políticas, visto que são consumidas pelas demandas e atividades de rotina. Por outro lado, os casos também apresentam outra situação: quando esses profissionais expõem a sobrecarga de trabalho a resposta das chefias para isso é que há um número insuficiente de profissionais, não se evoluindo na discussão.

Em outro caso quando na ocasião se formulavam os planejamentos em saúde regional e determinada CRS questiona a área técnica sobre quais eram as informações disponíveis sobre

sua região, pois não tinha conhecimento das mesmas. A partir dessa demanda a área técnica então propôs um formato de construção coletiva em que se disponibilizaram a construir conjuntamente a cada uma das CRS um documento base para trabalharem as questões indígenas regionalmente. Nesse processo houve adesão de todas as CRS, no entanto, ficou restrita às referências regionais o papel de agenciar as demandas e questões indígenas internamente as suas coordenadorias juntamente às demais demandas da região.

Esse caso reafirma que o planejamento ascendente ainda é um dos maiores desafios para a gestão do SUS (VIEIRA, 2009). O esperado seria de que a articulação local e regional oferecesse instrumentos para o planejamento e não o inverso, como ocorreu no caso descrito. Trata-se de um caso que reflete a profunda fragilidade da SES-RS no planejamento em saúde para essas populações, porém em que se observa um importante trabalho da área técnica enquanto articuladora de uma construção coletiva e potencial diretivo ao trabalho das referências para a saúde indígena nas regionais de saúde.

Ademais os desafios e impasses se somam. Tratar sobre a saúde dos povos indígenas é abrir-se a um campo complexo que exige saberes e conhecimentos que ultrapassam com facilidade o saber biomédico bem como as diretrizes de gestão da saúde, temas comuns às formações em saúde. Adentra-se a áreas como antropologia, sociologia, direito e diversas outras. Isso pode ser visto nos casos que as referências técnicas apresentam dúvidas sobre a cultura indígena como quando determinada CRS questiona a área técnica sobre qual providência tomar visto que há crianças indígenas nas ruas de determinado município fazendo venda de artesanato e em outro em que a CRS questiona a legalidade da venda de ervas e chás pelos indígenas. Ambos os temas envolvem questões culturais indígenas que por vezes não são amplamente conhecidas e compreendidas e que exigem cautela no momento de atuar.

Além disso, apesar do SASI integrar o SUS e ser parte desses, ele apresenta lógica totalmente diferenciada dos demais serviços do SUS fazendo-se necessários processos contínuos de educação permanente e formação. Os profissionais necessitam compreender a lógica distinta do SASI e conhecer sobre as lógicas indígenas e as distinções entre etnias e aldeias. Porém, o espaço para isso inexistente nessa lógica, pois isso apenas foi garantido dentro do SASI e as CRS por sua vez não compõem o SASI oficialmente. Em mais de um caso as referências técnicas relatam que conhecer as aldeias e se aproximar das lideranças indígenas mudou sua visão e auxiliou na organização e operacionalização do seu trabalho. Porém, para que isso se efetive é necessário que essa política seja prioridade nas responsabilidades do profissional e esse cenário nem sempre é o que se apresenta.

Entre as experiências que poderíamos chamar de exitosas ou de avanço, há o registro de uma profissional que agenciou junto a sua chefia na CRS que deveria se responsabilizar pelas políticas de equidade (que juntas somavam em 2020 oito populações, incluindo a saúde indígena) e não havia interesse dela em se envolver com outras políticas como, por exemplo, saúde mental, saúde da mulher. Quando a profissional assumiu essa postura, ela afirmou a importância das pautas voltadas a populações específicas e vulneráveis abarcadas pelas políticas de promoção da equidade, além de sinalizar a regional a dimensão de trabalho existente nesse escopo de atuação e a importância de dedicar integralmente seus esforços de trabalho a elas. Trata-se de uma profissional empoderada e que realiza trabalho diferenciado frente a outras regionais de saúde, pois ela protagoniza a política no seu território e possui vínculo com as comunidades indígenas. Contudo, também estão presentes nessa localidade problemas relativos à interlocução com o SASI.

No que se refere a temporalidade, nos anos de 2016 e 2017 observa-se uma ampliação da interlocução entre a SES-RS (tanto via área técnica quanto via CRS) e a SESAI (via EMSI, Polos Base e DSEI). Inclui-se entre os casos dessa seção convites da SESAI para que a SES participasse de espaços de formação e capacitação nas áreas indígenas, trocas rotineiras de e-mails sobre a realização de planos de aplicação e de diálogos conjuntos a outras instituições para a resolução de problemas referentes às comunidades indígenas.

Em meio a isso, há situações que se sobressaem e demonstram a complexa dinâmica a que se refere à saúde indígena. Em um caso, a área técnica aciona a SESAI e a FUNAI para articularem conjuntamente o atendimento em saúde dos indígenas que se deslocam ao litoral durante os meses de verão para venda de artesanatos. No período do verão diversos indígenas saem dos seus municípios e territórios para outros municípios que por vezes não possuem indígenas aldeados, não tem Polos Base nem EMSI atuando na sua localidade fazendo-se necessário que o atendimento em saúde desses seja pensado junto aos gestores municipais e rede de serviços de saúde locais para que não fiquem desassistidos. E mais importante ainda que esteja garantida a comunicação com as EMSI de referência desses indígenas, visto que são elas a que estão vinculados todo o restante do ano.

Os desafios são inúmeros e não se restringem ao desenvolvimento de competências claras e de compreensão compartilhada entre área técnica e referências regionais, mas a outras estruturas da SES que apresentam desconhecimento da temática. O exemplo está um caso em que o setor responsável pelas imunizações da SES solicitou à área técnica a correção dos dados demográficos da população indígena para que assim se organizasse a campanha de vacinação de influenza nos municípios em que estão localizados. O setor alegava que no ano anterior a

área técnica havia incorrido em erro ao listar os municípios e isso havia gerado problemas visto que municípios que não constavam na listagem daqueles com população indígena haviam registrado vacinação em indígenas.

No entanto, não se tratava de erro nos dados e sim o fato de que a política de saúde indígena foi proposta para indígenas aldeados e para esses são realizados censos periódicos pelas EMSI e disponibilizados a SES-RS para controle dos repasses financeiros e essa era a informação fornecida. O recorte normativo, no entanto, não restringe os indígenas de se deslocarem, podendo haver indígenas autodeclarados fora das aldeias e esses, até o momento, só são contabilizados nos censos nacionais, sendo o último disponível do ano de 2010. Com isso, em caso de campanhas de vacinação como contra a influenza poderá haver registros de vacinação em indígenas em qualquer município.

Os casos relatados remetem fortemente a um papel de assessoramento da SES-RS, por meio da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, nas questões de saúde indígena. Essa função de assessoramento se dá tanto internamente quanto interinstitucionalmente. O desempenho da função de assessoramento internamente a estrutura da SES-RS propicia alinhamento técnico e discursivo a respeito de qual a linha de trabalho da instituição a respeito da política de saúde indígena, reduz impasses a atuação de serviços, municípios e profissionais da área da saúde no cuidado em saúde com esses povos. Em outro escopo quando o assessoramento se dá externamente a SES-RS, a instituições ou órgãos governamentais e até mesmo dentro da estrutura do estado (outras secretarias), ele favorece a implementação da política de saúde indígena, visto que dissemina e compartilha conhecimento com base nesta política colaborando para que a tomada de decisão, a definição de estratégias e propostas de outras instituições abarque o direito à saúde dos povos indígenas conforme previsto legalmente.

A descrição e análise dos casos são densas, mas necessária para o percurso da tese visto a ausência de registros na literatura de experiências da atuação dos estados na saúde dos povos indígenas. Contudo, observa-se que no campo da prática essa atuação é experienciada e as formas de atuação e delineamento de competências se constroem a cada caso.

Desse modo, foram reunidos outros seis casos, pois se vinculavam a experiências de uma mesma profissional que atua como referência regional na região sul do estado do RS. Essa profissional, vinculada a uma das CRS, apresentou experiência importante a respeito do campo de atuação de estados na política de saúde indígena o que se encontra registrado nos casos e nos diários de atividades da área técnica. Os casos apresentam um escopo de trabalho intersetorial e coloca experiências em dois momentos distintos de interlocução junto aos demais entes

federativos. Os casos são formados por relatórios da atuação da profissional, sendo que cinco desses relatos são do ano de 2015.

Em um primeiro caso há o relato de um momento de reunião entre estudantes indígenas universitários, dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia, junto a profissionais da SMS local e ela enquanto representante da SES-RS. O tema da reunião era sobre o atendimento em saúde dos indígenas que se encontravam fora dos seus territórios, relatam que os estudantes indígenas residem em uma casa juntos e que uma família de estudantes que não mora nesse mesmo espaço por possuir filhos pleiteia a sua manutenção na unidade de referência aos estudantes indígenas e não na unidade de saúde do seu território. Um profissional da ESF vinculada ao município problematizou que na avaliação dele outras unidades de saúde poderiam ser referência para a população indígena, porém, na ocasião, os estudantes indígenas tensionaram que isso não deveria ser feito, visto que eram poucos numericamente e que esse movimento de estabelecer outras unidades de saúde de referência enfraqueceria o coletivo.

Na ocasião os estudantes argumentaram que o atendimento feito pela unidade de saúde de referência deles era muito acolhedor e que se sentiam bem sendo atendidos lá. A referência técnica atuou como mediadora no caso, compreendendo a visão dos indígenas para aquela situação e sinalizando que, enquanto gestores de saúde, tanto ela quanto a SMS deveriam atuar na sensibilização de outras unidades de saúde, visto que a cada ano ingressam novos alunos indígenas e que as unidades de saúde deveriam estar preparadas para acolhê-los assim como essa unidade que eles afirmam gostar do atendimento.

Esse caso envolve múltiplas problemáticas, entre elas a distinção que o SASI faz a respeito dos indígenas que se encontram ou não aldeados. Nota-se que os indígenas apresentam um receio e insatisfação com a hipótese da atenção à saúde de um deles ser feita por uma segunda unidade de saúde, pois envolve o medo de que em outro espaço o atendimento não seja aquele almejado por eles. O atendimento aos indígenas deve ser diferenciado, conforme assegura a política nacional, e com isso respeitar e considerar em seus protocolos e formas de atuação a cultura indígena, a sua medicina tradicional e hábitos que diferem da população em geral. No entanto, esses conteúdos são ausentes ou ainda discretos nos currículos das formações da área da saúde sendo necessário um trabalho posterior para que os indígenas tenham garantida a atenção à saúde de forma diferenciada.

Isso se apresenta como uma lacuna na qual o estado deve se inserir que se trata de, junto aos municípios, formar e capacitar profissionais da rede de saúde para atender os indígenas de maneira diferenciada. Visto que esses serviços extrapolam os serviços do SASI e encontram-se sob gestão de outros entes é, sobremaneira, importante que o estado tenha como competência

promover a formação e capacitação de profissionais de saúde para atuação junto aos povos indígenas. No entanto, o exercício dessa competência deve se dar pela área técnica em parceria com a instituição formadora da SES-RS, atualmente exercida pela ESP. Além disso, é ainda mais essencial agregar o conhecimento adquirido pelo SASI e seus profissionais e garantir que os indígenas atuem como formadores.

Em outro caso a referência técnica relata o momento de um encontro, em outro município da sua região, com a assistente social de uma universidade e estudantes indígenas e quilombolas. O objetivo da reunião era reforçar a importância da participação dos estudantes indígenas e quilombolas na vacinação contra a *influenza* e para informá-los quais seriam as unidades de saúde do município que estariam aptas a recebê-los. Além disso, os documentos registram que a referência técnica sinalizou que em um segundo momento avaliaria junto aos estudantes quais eram as suas necessidades e com isso pudesse agenciá-las.

A referência nesse caso acionou um ator fora da rede de saúde para apoiá-la e se dispôs a dialogar e realizar a escuta dos indígenas para a partir disso planejar seu trabalho, essas são características importantes para uma profissional que se envolve no trabalho na saúde indígena: capacidade de se articular intersetorialmente, criar vínculos e planejar de forma ascendente. E novamente se desenham competências para o estado para com a saúde dos povos indígenas, que nesse caso é de identificar atores estratégicos e articular intersetorialmente demandas indígenas de saúde e aquelas relacionadas aos seus determinantes. E do ponto de vista da gestão da saúde também se identifica como competência do estado à escuta ativa das comunidades indígenas como forma de monitoramento da política de saúde indígena e isso somente é possível quando se tem vínculos estabelecidos. Cabe lembrar Paulo Freire:

Escutar, no sentido aqui debatido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro [...] é escutando bem que me preparo para melhor me colocar, ou melhor, me situar do ponto de vista das ideias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura. [...] Aceitar e respeitar a diferença é uma dessas virtudes sem o que a escuta não se pode dar. Se discrimino o menino ou menina pobre, a menina ou o menino negro, o menino índio, a menina rica; se discrimino a mulher, a camponesa, a operária, não posso evidentemente escutá-las e se não as escuto, não posso falar com eles, mas a eles, de cima para baixo. Sobretudo, me proíbo entendê-los. Se me sinto superior ao diferente, não importa quem seja, recuso-me escutá-lo ou escutá-la. O

diferente não é o outro a merecer respeito é um isto ou aquilo, destrutável ou desprezível. (FREIRE, 1996, p. 75-76)

A criação de vínculo e o exercício de operacionalizá-lo cotidianamente é relatado em um terceiro caso. A referência técnica discorre sobre a ida até uma comunidade indígena para reconhecimento visto que ainda não havia estado lá, pois se tratava de comunidade recém instalada nesse município. Relatou que, inicialmente, se reuniu com o gestor municipal e com o coordenador da APS no município e que esses apresentaram muitas dificuldades, colocaram a grande dimensão territorial do município como dificuldade e a presença de diferentes populações específicas entre essas indígenas e quilombolas.

Após isso no relato consta que se dirigiram a unidade de saúde de referência onde os profissionais a informaram que havia nascido o primeiro indígena natural daquele município. A criança indígena havia nascido na madrugada anterior na própria casa em que residiam, visto que apesar do cacique ter feito contato com a técnica de enfermagem na ESF e ela ter solicitado a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), não haviam chegado a tempo de realizar o parto. No relato consta que o SAMU esteve no local, porém como o bebê já havia nascido aos cuidados da própria comunidade as lideranças não permitiram a entrada deles na localidade, apenas ao final do dia a comunidade havia permitido a entrada dos profissionais de saúde da unidade de referência e assim conseguiram avaliar a situação de saúde da criança.

A referência relata que a postura dos profissionais era “assistencialista” visto que estavam preocupados com a arrecadação de roupas e fraldas para a criança e uma profissional se intitulava madrinha da criança indígena recém-nascida. Ao retornar a SMS a referência afirma terem entrado em contato com a liderança indígena local para confirmar a sua ida no turno da tarde até a comunidade e esse avisou que o seu filho estaria aguardando. A profissional relata brevemente as suas percepções ao chegar à comunidade.

Fomos até a comunidade, recebidos pelo filho do cacique. Área extensa, com plantações, criação de galinhas e maquinários. As crianças estavam brincando a volta. [...], a adolescente que ganhou bebê há dias veio com o filho no colo. Logo nos retiramos.

Em reunião na secretaria, com os trabalhadores da equipe e coordenador da atenção básica foi exposto a dificuldade de atender a comunidade. O médico falou sobre o fato da gestante não ter realizado o pré-natal, ter ido apenas a

uma consulta médica e não ter retornado. Uma das trabalhadoras coloca que “os nossos índios até que são civilizados” [entre as aspas o trecho como a profissional havia falado], entendendo que estão adaptados a cultura branca. (20 de maio de 2015 - Arquivo físico da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígena/DAPPS/SES-RS)

Após essa fala a referência técnica conta que explicou sobre a importância de valorizar e respeitar outras culturas, de não impor a sua própria e completou sugerindo que pensassem em um momento de educação permanente, pois em sua avaliação isso seria fundamental para que a equipe conseguisse se vincular a comunidade indígena. Como se vê a dimensão deste caso vai além apenas da atuação da SES-RS, pois envolve a necessidade de formação para atuação em contexto intercultural, as dificuldades dos gestores municipais em lidar com as complexidades dos territórios com recursos limitados, a ineficiência da rede de serviços de saúde, aspectos da cultura e medicina tradicional indígena, além de situações de preconceito e discriminação.

As dificuldades apresentadas pelos profissionais e gestores municipais no que diz respeito à comunidade indígena são em parte compreensíveis (não justificáveis) visto que os indígenas acabavam de se instalar naquela localidade e certamente não havia durante suas experiências profissionais ou formativas terem atuado junto a essa população. No entanto, há um rol de questões colocadas por esses que não se encontram sob gerência da referência técnica estadual, a exemplo disso, quando citam a dimensão territorial. Por outro lado, as dificuldades que se colocam frente a cultura indígena podem ser trabalhadas com apoio do estado e dos próprios indígenas como proposto pela referência técnica da CRS, e reforça a tese de que essa é uma competência e atribuição que cabe ao estado como citada anteriormente.

O preconceito presente na fala da profissional que trata dos indígenas como “civilizados” não é algo único dela, mas reflexo social de valores controversos enraizados na cultura não indígena. No entanto, os efeitos disso são amplamente conhecidos pelos indígenas submetidos a constante imposição dos padrões de vida e cultura não indígenas, que nada mais é que a expressão do preconceito e discriminação com a cultura indígena. A fala remeteu a perspectiva de assimilação, pois como a referência técnica relata é possível ver que essa comunidade tem acesso a bens agrícolas e meios de subsistência próprios, situações essas que não reduzem a condição dos indígenas de pertencimento a sua cultura indígena ou os torna menos indígenas.

Em outro município a realidade sobre as dificuldades de lidar com a cultura indígena também se repete. Nesse caso haviam se reunido a referência técnica e vários representantes de distintas secretarias do município como saúde, assistência social e agricultura. A comunidade indígena havia chegado ao município a cerca de dois anos antes dessa reunião, que aconteceu em 2015 e era formada por cerca de 49 indígenas advindos de outro município, localizado na região da serra gaúcha. Quando os indígenas chegaram havia sido cedido a eles cerca de 200 hectares de terras e com o apoio da EMATER, estavam sendo construídas moradias nessa localidade. Os documentos registram que a assistência à saúde era realizada por uma ESF, gerida pelo município. No relatório a referência técnica da CRS registrou sua percepção durante a reunião:

Na reunião é colocado sobre o desconforto do município não ter sido informado sobre a chegada dos indígenas, sabendo apenas quando os mesmos já estavam lá. O município precisou dar conta sozinho dessa demanda, sem conhecimento para tal. (21 de maio de 2015 - Arquivo físico da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígena/DAPPS/SES-RS)

A realidade colocada aos indígenas residentes neste município bem como aos gestores municipais e profissionais de saúde, na ocasião desses registros (maio de 2015), é um retrato de como se opera a atenção à saúde dos indígenas onde o SASI não alcança. Quando se relata a percepção de que o *“município precisou dar conta sozinho dessa demanda”* sente-se o peso da ausência tanto dos órgãos oficiais que se espera ter a expertise no cuidado em saúde dos povos indígenas quanto dos demais órgãos indigenistas, a exemplo da FUNAI que tem papel tão importante nessas políticas. Dessa forma, vê-se que o atendimento foi oferecido da forma que era possível naquela realidade e distante de uma atenção diferenciada.

Observa-se, ainda, pelos registros o desconhecimento de questões culturais por parte dos representantes municipais, visto que o deslocamento dos indígenas nos territórios se dá por particularidades culturais, onde os limites geográficos entre municípios, estados ou países não são considerados. Dessa maneira, para os indígenas não há necessidade de aviso que estão se deslocando, afinal se refletirmos brevemente não é exigido de um não indígena um aviso que está se mudando de uma cidade para outra, por exemplo:

“Os trabalhadores estão muito dispostos a discutir o tema, com conhecimento sobre as particularidades da cultura indígena, sensíveis a demanda, entendendo o limite entre sua disposição para ajudar e o que a comunidade necessita”. (21 de maio de 2015 - Arquivo físico da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígena/DAPPS/SES-RS)

Apesar das dificuldades, a referência técnica da SES-RS demonstra expectativa positiva quanto ao trabalho possível junto a esse município e aos indígenas, pois identifica a disponibilidade dos profissionais em aprender e compreender sobre as questões indígenas. Contudo, é importante salientar que a disponibilidade em qualificar o trabalho e se envolver em processos formativos nem sempre advém apenas do desejo ou não do profissional, visto que muitos são submetidos a extensas jornadas de trabalho e acúmulo de atividades. Casos como esse também apresentam competências ao estado em atuar na sensibilização de gestores municipais para que questões referentes à saúde dos povos indígenas e suas especificidades estejam garantidos nos processos de qualificação da APS e dos demais níveis de atenção à saúde. Dessa maneira, acolher e trabalhar com os profissionais de saúde pautas e temas relevantes à saúde dos indígenas é uma responsabilidade do estado, pois sem isso talvez nunca se alcance a atenção à saúde que os indígenas almejam e que é devida a eles por direito. Os casos dessa região apresentam reflexões avançadas sobre o desenvolvimento de competências estaduais para a com a saúde dos povos indígenas tanto que além de todos os casos já apresentados há outros dois casos que envolvem essa mesma região (região sul do estado do RS), mas esses foram reservados a seção que trata sobre a dimensão dos municípios na saúde indígena visto que contém mais elementos para esse debate.

Para fechar os casos relativos a essa seção inicia-se a partir daqui a análise do relatório produzido pela área técnica a partir de um questionário respondido pelas referências para saúde indígena nas CRS no ano de 2019, constantes no arquivo digital da Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS. Consta no registro que durante o período da aplicação do questionário existiam 19 CRS, porém quatro dessas não possuíam população indígena aldeada nesse período e três não haviam respondido. Os registros sobre esses questionários apontam que a sua motivação foi à necessidade de formular estratégias para apoiar institucionalmente essas referências.

O relatório apresenta que a estrutura do questionário respondido era de quinze questões abertas que versavam sobre o reconhecimento do território, estabelecimento de vínculo com as comunidades, tipos de atendimentos nas comunidades da região, avaliação da atenção à saúde dos indígenas e sobre o conhecimento a respeito de conceitos e temas relacionados à saúde indígena. O instrumento tinha por objetivo levar os profissionais a refletirem sobre a saúde dos indígenas e o relatório produzido em cima dele compilava as informações disponibilizadas pelas regionais de saúde.

A primeira pergunta do instrumento era destinada a mapear de onde advém a APS prestada aos indígenas. Para essa questão foi relatado que apenas duas referências, sendo ambas

localizadas na região norte do estado do RS (região com maior número de indígenas do estado), responderam que o atendimento na APS aos indígenas era feito integralmente pelas EMSI; nove referências técnicas responderam que a APS dos indígenas não era executada exclusivamente pelas EMSI, contando com participação dos serviços de APS municipais em pelo menos um dos municípios da sua região; e uma referência técnica respondeu que todo o atendimento em nível primário à saúde era realizado pelos serviços municipais contando apenas com a presença de AIS e AISAN nas comunidades.

Além disso, das nove referências técnicas das CRS que responderam que o atendimento realizado aos indígenas nas suas regiões não era exclusivo às EMSI, oito sinalizaram que ao menos em um município o atendimento era realizado de forma esporádica. Esse formato que se assemelha ao das Equipes Volantes de Saúde (EVS) que integrava o antigo modelo de atenção à saúde indígena criado após a extinção do SPI e que se mostrou ineficiente (BRASIL, 2002).

As respostas apresentadas são intrigantes, pois conforme relatado, a região do estado com maior número de indígenas é a que conta com atenção à saúde em nível primário conforme consta na legislação do SASI, ofertado pelas EMSI. Enquanto regiões com menor número de indígenas lidam com a oferta de serviços na APS parcialmente ofertados pelo SASI e parcialmente ofertados pelos municípios ou total ausência do SASI, o que difere do formato previsto na política nacional e cria um formato paralelo de atenção à saúde indígena.

No relatório consta que a segunda pergunta do questionário que se referia ao vínculo com as lideranças indígenas locais e a essa questão todas as referências técnicas responderam que possuíam o contato das lideranças. Na perspectiva do estado isso demonstra um avanço, mesmo que nas respostas seja possível notar maior ou menor envolvimento entre a referência e as lideranças. Avalia-se que um dos fatores que impulsionam o estabelecimento dessa relação entre referências regionais e lideranças indígenas sejam as interações exigidas para a execução dos recursos destinados pelo estado do RS para a saúde indígena e que tem como premissa o envolvimento desses e de outros atores.

A profundidade dos vínculos com as comunidades também foi registrada nas respostas sobre a medicina tradicional em que oito responderam ter conhecimento de que havia lideranças espirituais e sábios em algum dos municípios vinculados a sua região e quatro alegaram não saber essa informação. A medicina tradicional indígena além de ser elemento importante da cultura indígena tem influência direta na relação dos indígenas com os serviços e ações de saúde, incluindo a aceitabilidade ou não de intervenções e estratégias de cuidado do sistema de saúde oficial (GONÇALVES *et al.*, 2020). Com isso, a capacidade de identificar e formular

estratégias de valorização da medicina tradicional indígena é competência primordial a qualquer um dos entes, entre esses os estados.

No relatório consta que a quarta questão era sobre se havia atuação dos municípios na saúde indígena e todas as respostas foram positivas, porém todas com ressalva de que havia níveis diferentes de atuação e que nem sempre todos os municípios da sua região são atuantes. A pergunta seguinte que também tratou da relação entre os indígenas e os municípios apenas uma referência técnica respondeu que não há nenhuma inserção dos indígenas nas atividades e ações de saúde municipais. O relatório apresenta que as respostas também sinalizaram que apesar de haver inserção havia variações, sendo que em alguns a interação era maior que em outros. Essas respostas sinalizam que a interação entre indígenas e municípios ainda não ocorre naturalmente em sua totalidade, ao mesmo tempo em que reafirmam o fato dessa interação na saúde não acontecer apenas em caráter complementar.

Essa situação é preocupante à medida que reafirma as ausências do SASI ou a sua dificuldade de alcançar de forma equânime os povos indígenas. Apesar disso o maior número de respostas positivas retrata uma adaptação entre indígenas e municípios para operar os serviços na realidade em que se apresentam. Essa interação é fundamental para que os indígenas tenham acesso aos demais serviços de saúde (média e alta complexidade) que se dão, obrigatoriamente, fora do SASI e as demais políticas públicas sob gestão dos municípios. Contudo, não se pode esquecer que a relação entre municípios e indígenas historicamente é conflituosa e, em várias regiões do país, violenta.

Corroborando com a situação de alerta que perpassa a relação dos indígenas e municípios o relatório apresenta que na questão relativa à presença dos indígenas nos espaços de controle social municipal apenas sete responderam que positivamente ou pelo menos em parte dos municípios vinculados a sua região há presença dos indígenas como conselheiros nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Além disso, dos respondentes três sinalizaram não haver espaço para os indígenas nos espaços de controle social municipais em nenhum dos municípios vinculados a sua região e um não havia respondido a essa pergunta. A convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) reafirma a importância da participação dos indígenas nas políticas públicas a eles direcionadas quando coloca como obrigação dos governos a consulta e estabelecimentos de meios para garantir a democracia participativa:

Artigo 6º - 1. Ao aplicar as disposições da presente Convenção, os governos deverão: a) consultar os povos interessados, mediante procedimentos apropriados e, particularmente, através de suas instituições representativas,

cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente; b) estabelecer os meios através dos quais os povos interessados possam participar livremente, pelo menos na mesma medida que outros setores da população e em todos os níveis, na adoção de decisões em instituições efetivas ou organismos administrativos e de outra natureza responsáveis pelas políticas e programas que lhes sejam concernentes; c) estabelecer os meios para o pleno desenvolvimento das instituições e iniciativas dos povos e, nos casos apropriados, fornecer os recursos necessários para esse fim. 2. As consultas realizadas na aplicação desta Convenção deverão ser efetuadas com boa fé e de maneira apropriada às circunstâncias, com o objetivo de se chegar a um acordo e conseguir o consentimento acerca das medidas propostas. (BRASIL, 2019, p. 3)

Em âmbito nacional existe a Comissão Nacional de Saúde Indígena (CISI) que atua junto ao CNS no assessoramento nas questões referentes à saúde desses povos (LANGDON, 2004; TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013). E no SASI os indígenas possuem espaços de participação e controle social garantido em sua estrutura por meio dos conselhos locais indígenas, os CONDISI e o Fórum de Presidentes de CONDISI (FPCONDISI). Entre as adaptações à realidade indígena está o fato dos indígenas terem garantido o custeio das despesas necessárias ao seu deslocamento para participar das reuniões dos CONDISI, que envolve inclusive o deslocamento interestadual para grande parte dos conselheiros.

Na realidade dos municípios do RS, as vagas para indígenas como conselheiros não estão garantidas em maior parte dos municípios e necessitam do agenciamento desses espaços. Dessa maneira, quando essa participação se dá em âmbito municipal acontece por demanda dos próprios indígenas que identificam os CMS como espaços estratégicos para o agenciamento das questões referentes à sua saúde. Porém, não há uniformidade quanto ao formato em que essa participação se dá (exemplo: como conselheiros, ouvintes ou convidados), muito menos subsídio para que essa participação seja possível, como por exemplo garantia de custeio do deslocamento dos indígenas da aldeia até o local em que acontecem as reuniões. Ainda menos mensurável o quanto a participação tem influenciado “na gestão cotidiana dos serviços prestados a partir das políticas de governo conquistadas” (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013, p. 110).

No que diz respeito a atuação do estado faz-se necessário o mapeamento da situação em que se encontra a participação indígena em cada município e havendo interesse da comunidade apoiá-los e promover o diálogo nesse sentido junto aos municípios. A SES-RS avançou nesse

sentido quando incluiu entre os eixos de execução dos recursos destinados pela Portaria n.º 946/2015 o eixo de controle social. Com isso, possibilitou que, entre outras demandas, em caso de interesse da comunidade o recurso estadual pudesse ser gasto para custear as despesas dos indígenas em virtude da sua participação em reuniões dos. Porém, contraditório ou não, entre as anotações dos profissionais da área técnica constam ao menos dois registros em que os CONDISI solicitaram vaga para uma representação indígena no Conselho Estadual de Saúde (CES), mas que em ambas as solicitações a resposta do CES foi de que não havia possibilidade naquele momento visto a necessidade de alteração da composição do conselho, prevista legalmente.

Para além da SES-RS, mas na estrutura do estado do RS, existe o Conselho Estadual dos Povos Indígenas (CEPI), vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, que representa um importante espaço de participação e agenciamento das questões indígenas e ao qual integram múltiplos atores e instituições envolvidas na pauta indígena. Contudo, não se refere a um espaço de controle social do SUS apesar da saúde também ser pauta recorrente de debate neste espaço.

[...] a participação indígena no controle social é um instrumento para obtenção e efetivação de direitos na saúde, mas também, e não menos importante, um valor em si, na medida em que se constitui em um processo de aprendizado dos meandros da luta política na sociedade nacional, bem como de progressivo reconhecimento dos povos indígenas como sujeitos políticos legítimos.” (TEIXEIRA; SIMAS; COSTA, 2013, p. 108)

As referências regionais também foram questionadas sobre a atuação do PIM e o relatório apresenta que sete respondentes sinalizaram não haver comunidades indígenas vinculadas ao PIM em sua região, mas destes alguns sinalizaram que seria importante à entrada dessa política nas comunidades. Também foi relatado que em outra resposta uma das respondentes sinalizou que em um dos municípios da sua região havia adesão ao PIM, mas que esse não atendia a área indígena e que na avaliação dela seria muito importante que alcançasse a comunidade. Outras duas respondentes haviam sinalizado que havia o PIM em alguns dos seus municípios e que avaliavam o resultado como positivo.

Esse questionamento refere-se à permeabilidade de outras políticas públicas do estado do RS nas comunidades indígenas. O PIM, como trazido anteriormente, apesar de não tratar exclusivamente sobre as questões indígenas, tem um eixo de trabalho junto às comunidades. As

respostas das referências técnicas, contudo, sinalizam que ele ainda se encontra limitado e que o estado ainda avança lentamente nesse sentido, mas que há o anseio para que essa política adentre a um maior número de comunidades indígenas. Isso se coloca como desafio a ser superado com trabalho conjunto da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e da área responsável pelo PIM, na SES-RS.

O relatório apresentou que as regionais de saúde foram questionadas a respeito do acesso a água potável nas comunidades, uma questão que expõe a vulnerabilidade social a que estão submetidos os povos indígenas. Para esse questionamento, sete respondentes afirmaram que pelo menos em um dos municípios vinculados a sua região os indígenas tinham acesso à água potável; três responderam que tinham, mas com problemas e duas não responderam a essa questão. Dos sete que responderam ter acesso ao menos em um município o acesso se dava por caminhão pipa, ou seja, periodicamente um caminhão transportava água até essas comunidades.

Com esse conjunto de respostas, faço inevitável a constatação de que o acesso das comunidades indígenas no estado do RS é, sobremaneira, precário. E, apesar de tratar-se de competência que envolve outras secretarias do estado do RS e ser responsabilidade concorrente aos demais entes (municípios e união), é inegável o impacto desse determinante nas condições de vida e saúde dos povos indígenas. Maia (2017, p. 304) em estudo sobre o acesso à água potável enquanto direito fundamental no Brasil afirmou que “sem o acesso a uma quantidade mínima de água potável, os outros direitos a ela intrínsecos, tais como os direitos à vida e a um nível adequado para a saúde e bem estar, tornam-se inatingíveis”, agora, some a isso a situação de ampla vulnerabilidade dos povos indígenas. Durante a pandemia de COVID-19 o acesso dos indígenas a água entrou fortemente em pauta constando inclusive em acionamentos do judiciário e poder legislativo pedidos de esclarecimentos.

Foi relatado pela área técnica que as respostas relativas a saneamento também não apresentaram um padrão de respostas sendo que alguns apresentaram particularidades como o uso dos sanitários das escolas indígenas, banheiros químicos ou sinalizaram não participar desses processos ou não ter conhecimento. Se observa, de forma geral, que foi apresentada alguma precariedade.

As referências regionais foram questionadas sobre quais as suas compreensões sobre “atenção diferenciada” e as respostas foram unânimes em relacionar a atenção diferenciada a questões culturais, conforme consta no relatório. A seguir encontram-se três trechos das respostas a esse questionamento fornecidas por três referências técnicas diferentes constantes em anexo ao relatório.

É uma população com valores, crenças, hábitos, totalmente diferentes dos nossos precisaria um conhecimento de quem interagisse com eles, não se pode chegar em uma aldeia ou um quilombo com o nosso olhar, são culturas únicas, o estranhamento é nosso quanto às questões de sua rotina e vida, mas para os mesmos fazem todo sentido.

Atenção diferenciada é uma forma de fazer saúde que garanta o Princípio da Equidade no SUS. Ou seja, para garantir acesso às políticas públicas de quem tem demandas específicas, como é o caso de indígenas, é necessário que se tenha financiamento específico, equipe atenta às demandas culturais, logística que dê conta de distâncias.

Atenção à saúde efetivamente diferenciadas, que considerem as especificidades socioculturais dos povos indígenas e sua medicina tradicional, pode contribuir para maior resolutividade do cuidado à saúde desses povos e mitigação de algumas implicações de determinantes sociais sobre os modos de viver, adoecer e morrer na população indígena. A presença de indígenas na gestão contribui para a produção de práticas mais contextualizadas e orientadas para os problemas vivenciados pelas comunidades indígenas.

Diehl e Langdon (2015, p. 215) conceituaram a atenção diferenciada como “a provisão de serviços de saúde através de uma estrutura separada, porém parte integrante do SUS, que articulam com, ou incorporam, as práticas tradicionais das comunidades”. As respostas apresentadas corroboram esse entendimento à medida que incluem a questão cultural, porém observando o conjunto das respostas de todo o questionário e os demais documentos que compõem essa tese, sinaliza-se para uma ampla dificuldade em como operar os serviços de saúde de forma diferenciada e uma necessidade de que o conceito de “atenção diferenciada” seja compartilhado para além do SASI. A recorrência do atrelamento entre “atenção diferenciada” e “cultura” já havia sido identificada por Mota e Nunes (2018) em um estudo sobre o DSEI da Bahia em que as autoras apresentam que as especificidades culturais foram insistentemente utilizadas como justificativa para se ter práticas diferenciadas de atenção, ao mesmo tempo que eram utilizadas para explicar por que avanços estratégicos de organização da atenção à saúde não eram alcançados.

Contudo, não apresenta viabilidade nem prudente que se houvesse um protocolo ou manual orientador sobre como operacionalizar uma atenção diferenciada no SUS, pois nenhum

formato desse tipo abarcaria todas as dimensões que se inserem nas distintas características e especificidades indígenas. Entretanto, corroborando com estudos anteriores (FERNÁNDEZ-JUÁREZ, 2010) identifica-se que processos contínuos de qualificação do trabalho em saúde com enfoque intercultural teriam importante potencial de ampliar a oferta de uma atenção diferenciada aos povos indígenas, dentro e fora do SASI, no SUS.

Relativo a isso, apesar dos avanços que se verifica na discussão sobre saúde indígena, em âmbito estadual do SUS no RS, o desenvolvimento de processos contínuos de qualificação do trabalho em saúde com enfoque na oferta de uma atenção diferenciada aos povos indígenas nos distintos níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) ainda desafia. Na APS poder-se-ia considerar como uma iniciativa discreta a portaria de financiamento do estado do RS possibilitar o financiamento de demandas à educação permanente. Porém, quando propostas com essa finalidade de forma geral são destinadas ao apoio das EMSI e não são capazes de extrapolar o SASI ingressando na discussão aos profissionais vinculados aos municípios e com isso a RAS, que também é demandada pelos indígenas.

As questões também versaram sobre a atenção à saúde oferecida pelo SASI e maior parte dos respondentes não se sentiu em condições de avaliar visto não terem informações sobre os atendimentos realizados. Devido à ausência de padrão de resposta não foi possível realizar mais análises dessa questão. Entretanto, registram-se respostas densas discorrendo sobre as dificuldades vivenciadas quando lhes foi apresentada a afirmação de que o DSEI (e Polos base) tinham dificuldades na articulação e no acesso aos gestores dos municípios e estados e como essas dificuldades poderiam ser minimizadas.

O relatório aponta que algumas referências técnicas afirmaram que a interlocução e trabalho conjunto seria a solução para grande parte dos problemas e duas respondentes citaram que essa relação vinha melhorando. Outras duas sinalizaram que essa relação entre os Polos e EMSI já haviam sido boas, mas que entraram em decadência com a modificação dessas equipes e a ineficiência em criar fluxos efetivos e compartilhados. Há no registro que essas duas referências técnicas se referiam a um mesmo Polo Base, pois apesar de se tratar de CRS distintas o limite geográfico dos Polos Base difere dos limites das CRS. Sobre os problemas listados nas respostas constam alguns trechos anexos ao relatório:

Acredito que os problemas são de várias ordens. O financiamento, cada vez mais limitado, é algo que dificulta muito o desenvolvimento de ações que são de responsabilidade do Subsistema. Além disso, são pessoas, algumas comprometidas, outras não, que operam o sistema, e isso faz a diferença nas

relações. Também vejo que a SESAI tem dificuldade em compartilhar as ações, em se entender como parceira e não protagonista isolada do cuidado. Tenho enfrentando dificuldades assim atualmente, o que não ocorria com a equipe de referência anterior. A partir dos relatos dos municípios, gestores e trabalhadores, percebo que a SESAI assume uma postura de dar ordens às equipes locais, o que não cabe. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Na nossa região de saúde procuramos fazer trabalho integrado. Temos dificuldades de estrutura e definição de papéis dos entes. E participação no planejamento integrado com a SESAI a nível de região de saúde por falta de condição estrutural e de pessoal. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Vínhamos de um processo de crescimento e amadurecimento muito bom nos últimos anos com a equipe da SESAI que era referência para nossa comunidade, que eram os profissionais com os quais tínhamos contato, mas com a mudança de equipe, neste último período as dificuldades se ampliaram, tais como: falta de contato e comunicação, não ocorreu nenhuma aproximação com a CRS para entenderem como era o papel que desenvolvemos nas nossas comunidades e em parceria com atenção básica. Comunicados e informações feitas de forma impositiva para nossas equipes, que vem nos relatando dificuldade (ex. Não marcam agenda, chegam no ESF e querem prioridade para as questões dos indígenas, sendo que muitas vezes as agendas são de outras ações, em outras localidades, com dificuldade de remanejamento, troca de datas sem boa comunicação...). [...] A relação nos é boa e não está sendo de diálogo e composição para o melhor trabalho possível. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Entre os relatos se identifica problemas de ordem normativa quando citado em uma das respostas que as competências de cada ente não ficam claras, sendo motivo de impasse. Certamente a tese aqui em desenvolvimento não esgota essas questões e problemáticas, mas colabora com o delineamento de competências dos estados com a saúde dos povos indígenas como algo necessário e que fortaleça o SASI continuamente. Também foi colocado como problema a alta rotatividade dos profissionais das EMSI e Polo Base e, de fato, já se tem

conhecimento de que isso tem impacto negativo nos serviços de saúde indígena visto que interfere na qualidade da prestação de serviços incluindo práticas de controle das informações e dados sobre a saúde desses povos (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). Entre os fatores que acarretam essa rotatividade estão problemas como o tipo de vínculo empregatício, as divergências salariais e arranjos político-partidários regionais (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

O relatório registra, ainda, as soluções apontadas aos problemas relatados, que pode ser identificado nos trechos transcritos nas respostas das referências e que consta no arquivo documental:

Para minimizarmos estas dificuldades entendemos que é preciso em primeiro lugar reuniões que esclareçam o papel de cada ente neste processo. E que a relação da SESAI com nossos municípios seja pautada em planejamento conjunto, avaliação e monitoramento das ações, fortalecendo uma relação de parceria. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Encontros sistemáticos, ações de sensibilização, envolver os gestores e a população indígena nas pactuações e elaboração de fluxos, responsabilizar as três esferas pelo cuidado desta população. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Novamente ingressa ao debate a ausência ou incompreensão das competências de cada ente, sendo esse esclarecimento de papéis apresentado como uma solução a alguns dos problemas. Pelo conteúdo das respostas observa-se que a clareza das competências se relaciona com a organização do processo de trabalho e a ausência dessas influencia diretamente em competências primordiais do estado no assessoramento e apoio aos municípios. Ademais, entre as soluções listadas também se encontra a importância de sensibilizar gestores e atuação integrada dos entes. Essa solução, por sua vez, se relaciona à competência do estado, em fomentar a institucionalização de um regime de colaboração entre união, estado e municípios com vistas a implementação contínua da política de saúde indígena em todos os níveis de atenção à saúde. Contudo, há que se avançar em estratégias que operacionalizem isso.

Na sequência o relatório apresenta as respostas ao questionamento do que deveria ser feito para adequar os atendimentos aos indígenas realizados fora do SASI, em serviços como

policlínicas, unidades de pronto atendimento e hospitais (serviços de MAC). O registro é de que as respostas majoritariamente versaram sobre formação e educação permanente junto aos profissionais que atuam nesses espaços incluindo sugestões de temas como equidade, cultura indígena e questões referentes ao acesso. Além disso, também reafirmam a importância fundamental do SASI para que o atendimento adequado dos indígenas aconteça em toda a rede de serviços do SUS afirmando que para isso é necessário uma efetiva comunicação e diálogo entre SESAI, municípios e estado. Há o registro de uma das respostas em que a respondente finalizou pontuando algumas das necessidades e atores estratégicos para que as mudanças necessárias se efetivem:

Percebemos que ainda é necessária uma caminhada de discussão e construção de uma mudança conceitual nos serviços de saúde para que possam acolher as especificidades para população indígena. Entretanto, para que isso ocorra, entendemos que as negociações precisam de maior respaldo e presença em mesa de negociação entre gestores públicos (SESAI/MS, SES e SMS) e entre gestores públicos e gestores dos serviços contratados/conveniados. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Quando questionados sobre o uso dos recursos estaduais destinados à saúde indígena, previsto pela Portaria SES-RS n.º 946/2015, houve unanimidade em afirmar que os recursos estariam sendo aplicados corretamente, mas com a ressalva da morosidade na execução dos planos ou acúmulo de recursos em alguns municípios. Isso também se encontra nos diários e anotações dos profissionais da área técnica incluindo acionamentos do poder judiciário para tratar da não execução dos recursos e situações mais complexas (como a recorrência em negativa por parte do município na não execução dos recursos) em que o MPF estabelece um acompanhamento dos recursos na tutela do direito dos povos indígenas.

O relatório é finalizado com as considerações sobre municipalização da saúde indígena, um processo amplamente debatido na mídia nos últimos anos como ferramenta para a dissolução do SASI e retrocesso aos avanços alcançados pelos indígenas em suas políticas públicas. Quando questionados sobre isso dos doze respondentes, seis afirmaram saber do que se tratava a municipalização e afirmaram que os municípios de suas regiões não teriam condições de se responsabilizar pela saúde dos indígenas; outras quatro referências técnicas responderam não saber do que se tratava e com isso não emitiram opinião; um respondeu que

sabia do que se tratava e avaliava como positivo; e um respondeu que apesar de achar positivo disse que seria muito difícil visto a incapacidade dos municípios em lidar com as especificidades. A seguir consta transcrito o trecho de uma resposta em que o respondente que avaliou como positiva a municipalização e apresentou seus argumentos:

Entendo que seria muito bom. Seria a integração indígena na população local, pois enquanto trabalhamos com eles sendo um povo à parte haverá sempre uma diferenciação e estas pessoas não serão cidadãos deste município. Quanto a especificidades desses cidadãos devem ser trabalhada, não só na equipe, mas na população em geral, para que ele seja inserido no município como cidadãos, como ocorre com o negro, alemão, italiano, venezuelano e outros povos que vivem junto com nós, todos têm costumes e diversidades próprias que devem ser respeitadas também. [...] Assim, entendemos que o indígena tem o mesmo atendimento do não indígena na região, com as mesmas falhas e dificuldade da população não indígena. (Dezembro de 2019 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

Esse trecho retrata de forma clara quantos desafios ainda precisam ser superados para que o RS seja considerado referência em sua atuação junto aos povos indígenas e ao SASI. A resposta desse profissional, vinculado a SES-RS, e responsável naquela ocasião pelas questões referentes à saúde dos povos indígenas em determinada região do estado remete fortemente ao assimilacionismo tão combatido pelas políticas indigenistas. Uma visão distorcida que coloca os indígenas como um povo à parte enquanto a ideia de se ter um subsistema dentro do SUS se baseia no enfrentamento de visões como essa embasadas no preconceito e discriminação enraizados socialmente. Ademais, aponta uma importante competência para o estado em capacitar profissionais de saúde para atuação em contexto intercultural.

Com isso, finalizamos a primeira parte desta seção apontando diversas competências ao estado em relação à saúde dos povos indígenas. Essas serão reunidas ao final das seções, haja vista que as seções seguintes também realizam indicativos sobre as formas de atuação do estado do RS e a delimitação de competências estaduais para a saúde indígena. Até o momento foi possível observar que as seções não se limitam a uma única temática, pois se entrelaçam ao operacionalizar-se e esse é o campo de análise e debate. Na sequência foram reunidos numa subseção os casos específicos ao acesso dos indígenas em serviços de média e alta complexidade, apesar de todos estarem relacionados a estruturas da SES-RS entendemos que agrupá-los em uma subseção facilitaria a compreensão e análises.

5.1.2.1 Demandas indígenas por saúde na média e alta complexidade

Sobre o acesso dos indígenas a serviços de média e alta complexidade foram incluídos 5 casos ao estudo. Sendo que os cinco tratam de dificuldades de acesso dos indígenas a esses serviços fora da APS. Esses casos envolvem a tentativa de solucionar problemas que se dão no interior dos municípios, visto que para acessar os serviços de média e alta complexidade o indígena faz seu itinerário terapêutico fora do SASI. Conforme determina a legislação a responsabilidade das EMSI e dos Polos Base vai até a referência e contrarreferência. Alves *et al.* (2015) explica que o sistema de referência e contrarreferência é uma tentativa de organizar os serviços e com isso o acesso dos usuários. Na lógica desse sistema um usuário atendido no âmbito da APS sempre que necessário é encaminhado para um serviço de maior complexidade e quando esse serviço é finalizado o usuário retorna a unidade de saúde de origem, por isso usam-se os nomes de referência e contrarreferência (ALVES *et al.*, 2015).

Na realidade indígena isso significa dizer que as EMSI vinculadas ao MS têm que estabelecer a “ponte” junto às SMS para que os indígenas acessem os serviços de média e alta complexidade. Apesar de parecer algo fácil e lógico, os casos demonstram alguns percalços nesse processo que envolve o ingresso dos indígenas no que poderíamos chamar de SUS geral, pois não podemos esquecer que o SASI é parte do SUS, porém restrito a atenção aos indígenas.

Um dos casos trata-se de um contato realizado por um profissional de uma SMS com o Polo Base para informar que garantiu transporte para que um paciente indígena se fizesse presente a uma consulta médica e relata que no dia da consulta a paciente indígena informou que não iria à consulta se não pudesse levar com ela duas de suas filhas. A profissional da SMS informou que respondeu a indígena que não poderia levar mais pessoas, pois o veículo que fazia o transporte de pacientes já estava lotado. Com isso, o objetivo do contato feito pelo representante do município é para informar que não tem capacidade de contemplar questões como a relatada e com isso essa situação chegou até a SES, na Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, através do polo base para demonstrar os percalços quando necessitam dos serviços dos municípios.

Esse caso apresenta distintas dimensões, pois é possível identificar problemas que assolam o SUS historicamente quando o município relata a sua dificuldade no deslocamento dos pacientes para acessar serviços, como também é possível identificar a desvalorização da simbologia do processo saúde e doença para os indígenas que para algumas etnias trata-se de um processo coletivo e não individualizado e particular como na lógica não indígena. No

entanto, independente da justificativa da SMS situações como essa terminam por restringir o acesso dessas populações aos serviços e perpetuam formas de violência ao modo de ser indígena.

No SASI o projeto de uma atenção diferenciada previu a disponibilidade de profissionais preparados para atuar em contexto intercultural e com capacidade de dialogar com a cultura e modo de vida indígena, mas fora dele, como visto nas seções anteriores, pouco avançou. O que se observa no caso é uma negativa à demanda indígena e não uma tentativa de resolução ou proposição de alternativas que contemplem as situações atípicas. Nos documentos, referidos a esse caso, se nota que o contato com a EMSI é feito no intuito de devolver o problema a EMSI, como se a responsabilidade pela saúde dos indígenas fosse única e exclusiva destes.

Dessa maneira, no momento que o Polo Base leva ao conhecimento da SES-RS a situação não se espera que a SES-RS resolva o caso do paciente indígena, mas sim expõe a fragilidade que alguns municípios apresentam quando na atenção à saúde dos povos indígenas e indiretamente pede apoio para que situações como essa sejam minimizadas. Isso, por sua vez, refere-se à competência já apresentada para o estado em capacitar profissionais para atuação em contexto intercultural.

Em outro caso o que se apresenta é dificuldade de operacionalizar a atenção diferenciada para além da APS indígena ofertada pelo SASI, um ponto que a SES-RS não avançou no debate. Na ocasião uma profissional do Polo Base faz contato com a área técnica, com o gestor municipal e CRS solicitando ajuda para o que essa chama de “agilizar o encaminhamento da demanda” e traz o relato de dois casos: o primeiro de uma paciente indígena que vinha realizando o pré-natal de alto risco na unidade de saúde municipal, mas que a AIS havia levado ao conhecimento dos superiores que a indígena não estava mais comparecendo às consultas, pois não gostaria mais de ser atendida por um médico, um homem, e sim por uma médica; e o segundo caso referia-se a idosa indígena que aguardava cirurgia e necessitava de consulta prévia com endocrinologista para a avaliação do seu quadro de diabetes e que isso vinha demorando demasiadamente o que impedia o agendamento da cirurgia oftalmológica. O relato do segundo caso trazia ainda que a cirurgia era extremamente necessária à qualidade de vida da idosa visto que a dificuldade de locomoção agravou seu quadro de depressão.

Sobre o caso da gestante a SMS prontamente respondeu a demanda informando que o agendamento de nova consulta de pré-natal havia sido realizado com uma médica para a paciente indígena e informou que o acesso à consulta endocrinológica estava fora de sua gerência. A referência regional, vinculada a uma CRS da SES-RS, seguiu a mesma resposta da

SMS local sobre não possuir gerência do processo de regulação do acesso à consulta endocrinológica. A Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, quando recebeu os casos e as manifestações, informou sobre o caso ao departamento responsável pela regulação, na SES-RS, e fez apontamentos da necessidade e vulnerabilidade em que se encontrava paciente indígena idosa. Contudo, não houve nenhuma manifestação do departamento responsável pela regulação.

Esse caso em parte foi exitoso por apresentar um município sensível à demanda da mulher indígena e conseguir adequar e realizar os ajustes necessários para resolver a questão que se colocava sem questionamentos ou empecilhos. De outro lado expõe uma problemática ainda pouca falada inclusive na literatura, que se trata do fato de quando os indígenas entram em serviços do SUS geral (fora do SASI) a atenção diferenciada não está garantida. No RS esse cenário não é diferente, não há nenhum protocolo ou normativa que trata sobre a atenção à saúde dos povos indígenas em serviços de média e alta complexidade e como o desfecho do caso mostra é ausente também a possibilidade de diálogo sobre as especificidades indígenas nesse âmbito.

Nessa mesma linha há outros dois casos em que a área técnica é acionada pelos Polos Base na tentativa de encontrar solução para a demora nos atendimentos em especialidades médicas e exames. Observa-se nas falas que se trata de pedidos de ajuda após não obterem êxito em nenhuma outra instância, nem municípios nem com as próprias coordenadorias vinculadas ao estado.

Os desafios impostos por situações como essa, de demasiada demora nos atendimentos fora da APS, ficam ainda mais explícitos em um relatório enviado pelos Polos Base, a pedido da área técnica, da demanda de consultas especializadas, exames e cirurgias que não haviam sido resolvidas. No relatório constam ao menos 95 situações em que o tempo de espera do paciente indígena já havia ultrapassado um ano. Entre as especialidades as quais os indígenas aguardavam estavam: dermatologia, endocrinologia, ortopedia e oftalmologia. Alguns dos Polos Base citaram a existência de municípios que estabeleciam cotas para o atendimento dos indígenas em consultas e especialidades médicas e que essas cotas eram sempre insuficientes ampliando a espera. Apesar da área técnica ter alertado o departamento responsável a respeito das demandas indígenas e se colocado à disposição para pensar formas de solucionar essa problemática, disponibilizando o relatório enviado pelos Polos Base, não havia mais registros sobre o desenvolvimento desse diálogo. Esse caso reitera o importante papel indutor que a área técnica exerce para que as questões indígenas se encontrem em debate dentro da SES-RS,

porém observa-se que esse papel é limitado, em especial quando se trata de articulações interdepartamentais.

Viegas e Penna (2013) em estudo realizado com profissionais da APS e gestores de saúde em um conjunto de municípios do estado de Minas Gerais demonstraram que problemas de acesso e referência a especialidades e serviços implicam negativamente o princípio da integralidade no SUS. As autoras relatam que o longo período de espera tanto a consultas como a exames diagnósticos interdita as vias de acesso dos usuários a esses serviços. Na espera demasiada dos indígenas a serviços de média e alta complexidade retratados nos casos avalia-se que além do comprometimento da integralidade, já relatada por Viegas e Penna (2013) como um problema geral que assola todos os usuários do SUS, na realidade indígena também se faz ausente o princípio da equidade, tornando o sistema ainda mais perverso para essas comunidades.

O último caso dessa seção foi o pedido de ajuda, à área técnica e a EMSI, de uma profissional vinculada a um município sobre um paciente indígena que aguardava leito de UTI e suas tentativas sem êxito em consegui-lo. Em resposta ao pedido um profissional da EMSI responde “acredito que todos os trâmites na busca de um leito de UTI para esse paciente já foram feitos, com muito esforço por sinal” (trecho conforme consta no documento de 01 de março de 2016, constante no acervo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS), referindo-se que já havia contatado a área técnica anteriormente e que essa havia mobilizado os departamentos competentes para solucionar a demanda. Os outros departamentos da SES-RS, por sua vez, haviam relatado que os documentos do paciente indígena estavam incompletos e que esse era um dos motivos da demora.

Contudo, a profissional da EMSI relata então que reconhece a limitação da atuação da área técnica à atenção básica, mas que identifica um grave problema no questionamento sobre a completude dos dados, pois na sua concepção aquilo era reflexo do quanto o sistema de regulação não estava adaptado às particularidades indígenas. Apesar disso, ao final das comunicações registradas a área técnica se manifesta informando que de fato a interlocução foi feita junto a superiores e outros departamentos, explicando sobre as singularidades dos indígenas, sobre a peregrinação do paciente referido em três hospitais distintos, mas que a resposta do departamento responsável havia sido, naquela ocasião, de que “o serviço é assim para todos”.

Entre as distintas inadequações e violências trazidas por esse caso está o registro do sofrimento durante a peregrinação do paciente indígena por serviços de alta complexidade, os hospitais. Guimarães (2015) apresentou, após estudo com os indígenas *Sanumá* no norte

brasileiro, que o cuidado em ambientes hospitalares é sobremaneira agressivo e desencadeador de um processo de adoecimento aos indígenas. No entanto, o desfecho desse caso desconsidera o contexto do indígena e sua visão sobre esse processo. Além disso, o argumento de igualdade já se demonstrou falho para a garantia do direito à saúde dos povos indígenas visto que se sabe que esses se encontram em desvantagens em relação a outros segmentos sociais e que sua capacidade de acessar e usufruir de tecnologias em saúde, serviços e ações de saúde também é desvantajosa (GUIMARÃES, 2017).

Observa-se, então, que o uso inadequado do conceito de igualdade serve para a perpetuação da violência. Discursos como esse, que se apresentam no desfecho do caso, desconsideram as desigualdades sociais e os determinantes sociais. Demonstra o quanto há lacunas profundas a serem preenchidas dentro da própria estrutura do estado do RS, da própria SES. O reconhecimento de competências estaduais com os povos indígenas mostra-se urgente e as boas experiências do SASI em estabelecer uma atenção diferenciada aos indígenas no âmbito da APS deve ser amplamente explorada a fim de formular estratégias que promovam, sobretudo, a equidade no acesso dos indígenas aos serviços de média e alta complexidade, cuja responsabilidade é concorrente a municípios e estados.

5.1.3 Os municípios e a atenção à saúde indígena

Os casos desta seção trazem à luz uma parte censurada da saúde indígena em dias atuais. Amplamente utilizada para argumentar em favor da dissolução do SASI e da minimização das políticas públicas para os povos indígenas: a hipótese de que os municípios também sejam um espaço de cuidado em saúde dos povos indígenas foi se ausentando de ser pauta de debate. Quando pautada no âmbito da saúde indígena, nos últimos anos, a menção a atuação dos municípios junto a essa população ficou conhecido como a “municipalização da saúde indígena” que em resumo se trata de retornar aos municípios a total responsabilidade pela saúde indígena e com isso dissolver de forma violenta uma série de direitos e conquistas dos povos indígenas nesse campo.

Na contramão desse discurso, com clareza de todos os avanços alcançados pelo SASI, na defesa de sua continuidade e aperfeiçoamento, mas certa de que há uma grande lacuna entre a previsão legislação e o que tem se operacionalizado na saúde indígena no RS essa seção apresenta onde municípios gaúchos têm se localizado na atenção à saúde indígena. E em um misto de alegria e tristeza é incontestável que no RS os municípios gaúchos também atuam na APS indígena e não apenas complementarmente, na contramão das definições das políticas

nacionais. Uma alegria por imaginar que de alguma maneira os indígenas têm acessado serviços do SUS, mas ciente de que esse acesso se distancia do que foi conquistado pelos próprios indígenas.

Antecipadas algumas constatações, também é fato que o envolvimento dos municípios na atenção à saúde dos povos indígenas não é uniforme ou padronizada, muito distante disso. Há graus de atuação que vão desde o protagonismo do município de Porto Alegre/RS que possui uma EMSI com gestão compartilhada a SESAI (parte dos profissionais têm vínculo com o município e parte com a SESAI) e uma Comissão Municipal de Saúde Indígena estabelecida e atuante dentro da estrutura do CMS; passando por municípios que possuem equipe de saúde municipal de referências aos indígenas e os que cedem profissionais da sua rede de APS para atendimento nas aldeias quando se faz necessário; até municípios que se eximem de qualquer responsabilidade.

Para entender melhor retomamos o fato de que no RS há um pequeno número de terras indígenas demarcadas e que é grande o número de acampamentos indígenas no território. E, há ainda, municípios que possuem comunidades indígenas com menos de 50 indígenas, como também há reservas indígenas com mais de 4 mil indígenas. E, no que se refere a estrutura do SASI, até o final do ano de 2020 o RS possuía sete Polos Base e alguns chegavam a se localizar a mais de quatro horas de viagem de carro até municípios com população indígena aldeada. Lembramos ainda que o RS não possui um DSEI no seu território, apesar de ser antigo esse pleito dos indígenas que aqui residem.

Acredita-se que essas realidades diferem daquelas para as quais o subsistema foi pensado e projetado. Porém, se há um indígena ou dez mil não há questionamentos ou dúvidas de que as diretrizes e objetivos da atenção à saúde dos indígenas devem ser aqueles previstos pela política nacional. No entanto, na prática, pensar a atenção à saúde para uma população de 50 indígenas difere daquela para uma reserva com mais de mil indígenas do mesmo modo que é utópico imaginar que uma EMSI que se localiza a mais de quatro horas de distância da população que deve atender é capaz de prestar um atendimento integral. Nesse cenário, seria complacente demais pensar que os indígenas se contentariam com menos do que aquilo que tem de direito.

A atenção à saúde indígena no RS é o retrato do protagonismo indígena na atualidade, que após direitos à saúde conquistados legalmente lutam cotidianamente para que esse direito se operacionalize com qualidade. Então, mais uma vez se veem obrigados a sair dos seus territórios e agenciar suas demandas por saúde junto aos municípios a cada vez que o SASI falha. Como exemplo de quando o SASI falha: quando não realiza a contratação de profissionais

em tempo hábil deixando a população descoberta; quando presta assistência à saúde por meio de EVS deixando a população em atendimento por longos períodos; quando não há garantia de transporte para deslocamento das equipes de saúde até as aldeias indígenas; quando fica sem insumos porque a licitação demorou mais que o previsto; quando contrata profissional despreparado para atuação em contexto intercultural; ou quando não dispõe de estrutura física para realizar atendimentos nas aldeias.

Em ocasiões como essa os indígenas buscam por apoio, não apenas junto aos municípios como também junto ao estado e a órgãos judiciários. Os indígenas desenvolveram habilidades políticas durante a história e têm conhecimento dos seus direitos sociais incluindo aqueles que ficam fora da gestão do subsistema, como a educação e assistência social e isso os mobiliza a estabelecer canais de comunicação junto aos municípios e outros órgãos. Dessa maneira para esse debate, essa seção reuniu os casos que abordam a relação dos municípios com a saúde indígena e trazem tanto experiências que poderiam ser consideradas exitosas como experiências que remontam antigas dificuldades nessa relação.

Iniciamos por um caso em que um município fez contato com profissionais da EMSI questionando o motivo de estar recebendo um recurso financeiro destinado aos indígenas, visto que, em seu entendimento, a responsabilidade pelas ações juntos às comunidades indígenas não era sua. O recurso em questão era o destinado pelo governo do estado do RS, instituído pela Portaria SES-RS n.º 946/2015 para a qualificação da APS prestada aos povos indígenas e por esse motivo a EMSI encaminhou a solicitação do município para a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas para que realizasse apoio técnico.

Todos os municípios que recebem o recurso são atualizados anualmente do repasse dos recursos, por meio de ofício que informa os valores a que fazem jus juntamente a atualização demográfica da população indígena residente no seu território. No entanto, é comum na realidade dos municípios que a pauta indígena seja responsabilidade de apenas um profissional e qualquer mudança no quadro de pessoal prejudique a continuidade das políticas públicas indígenas e isso também acontece quando há troca dos gestores em virtude de eleições municipais, por exemplo. Nesse caso, após ciência da situação foi realizado o contato com o profissional para apoio técnico explicando sobre a normativa e sobre o apoio realizado pelas CRS. Do mesmo modo a CRS de referência também foi contatada para conhecimento do caso e para que realizasse o acompanhamento periódico daquele município. O caso apresenta uma realidade em que a política de saúde indígena não se encontra institucionalizada na gestão da saúde do município, casos em que a demanda por assessoramento e monitoramento por parte do estado deve ser ainda mais sistemática, visto que a ausência de orientação e apoio pode

acarretar em desassistência e negativa de acesso dos indígenas a serviços que se encontram sob gestão municipal.

Em contraponto, no caso seguinte uma SMS entra em contato para questionar se o seu município tinha direito de receber o recurso da 946/2015 e quais eram os trâmites para receber. Porém, tratava-se de um município em que os gestores anteriores já haviam sido acionados judicialmente nos anos anteriores para que executassem os recursos que estavam disponíveis no Fundo Municipal de Saúde (FMS), advindos da referida portaria em virtude das sistemáticas negativas em executar o recurso. Nas ocasiões anteriores apesar do apoio do judiciário não havia andamento da situação. Desse modo, foi explicado ao profissional sobre essa situação e dos saldos acumulados e como deveria realizar a execução dos recursos bem como o fato de que ele seguia recebendo periodicamente os valores. Nesse caso, a mudança de profissionais se apresentou favorável visto a postura do município ter se modificado da negligência com os indígenas a uma postura de diálogo e interesse em compreender como funcionava essa política pública.

Apesar da Portaria n.º 946/2015 ter sido construída com apoio das EMSI e em cima das demandas das comunidades indígenas, ainda se verificam dificuldades na gestão do recurso realizada pelos municípios. Além do desconhecimento, da rotatividade de profissionais e pouca institucionalização da pauta na agenda de grande parte dos municípios, há aqueles que ignoram a normativa ou até mesmo a presença dos indígenas em seus territórios. Isso pode ser visto em um caso do ano de 2020, após 5 anos da publicação da portaria, quando uma referência técnica de uma CRS solicita apoio, pois um município da sua região executou os recursos sem realizar o plano de aplicação. A realização do plano de aplicação garante aos indígenas a pactuação de suas demandas frente aos representantes estaduais, municipais e federais, e somente após esse trâmite o município pode realizar a execução dos recursos. Contudo, para casos como esse a portaria que versa sobre o recurso prevê que os municípios que executarem os recursos sem o respeito aos trâmites devem repor os valores com recursos próprios. Dessa maneira, para esse caso a referência técnica da CRS foi então orientada sobre isso e de como deveria proceder junto ao município.

Em um terceiro caso consta o registro de um contato feito por um gestor municipal com a área técnica expondo a queixa de que os pacientes indígenas não compareceram a consultas previamente agendadas e que gostaria de saber o motivo. Após realizar contato com a EMSI de referência a área técnica foi informada que as pacientes não compareceram às consultas, pois se tratava de duas crianças que não tinham roupas para o frio e nem calçados e com isso não a mãe havia relatado que não pode sair com elas da aldeia naquele dia. Como desfecho do caso a

consulta foi remarcada para um segundo momento e houve o acionamento de serviços de assistência social para auxiliar nas questões que lhe competiam.

Trata-se de um triste caso que expõe a pobreza enquanto determinante social em saúde e reafirma a situação de desvantagem e marginalização a qual os povos indígenas encontram-se submetidos no Brasil (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1991). Além disso, já se tem conhecimento de que questões como o deslocamento em virtude de conflitos por terra, a insuficiência e disponibilidade de serviços como saúde e educação tem aumentado a migração dos indígenas para o contexto das cidades, acirrando ainda mais as desigualdades, nas periferias e favelas mais pobres (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000). Do ponto de vista da gestão da saúde faz-se necessário reconhecer esses determinantes sociais e formular estratégias atreladas a distintas políticas sociais para que se reduzam essas desigualdades. Nesse caso o desfecho demonstra que não se tratava de descaso ou desinteresse da paciente indígena em comparecer à consulta, mas da inviabilidade de acessar o serviço devido às suas condições sociais.

Apesar dessa paciente encontrar-se em uma comunidade com acesso ao SASI e sob acompanhamento de uma EMSI, pelos relatos do caso as demais políticas públicas não se fazem presentes no contexto dessa comunidade. Essa situação poderia ter sido sanada previamente e não se colocado como barreira impossibilitando o acesso da paciente indígena ao atendimento em saúde. Nesse ponto de vista também expõe falhas na comunicação e interlocução entre a EMSI e o município.

Ademais, é latente a necessidade de estabelecimento de sistemas de informação contínuos e confiáveis capazes de evidenciar contrastes e desigualdades as quais os povos indígenas estão submetidos (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 2000) e de forma geral, da produção de informações sobre a demografia e situação de saúde desses povos. Haja vista a SES-RS ter importante potencial de pesquisa em saúde que também se estende a outras secretarias de estado identifica-se como importante competência para os estados o fomento e produção de estudos e pesquisas sobre temas como a situação de saúde dos povos indígenas, desigualdades sociais e condições de acesso a serviços de saúde. A parceria entre serviços de saúde e universidades têm colocado à disposição do planejamento, monitoramento e avaliação em saúde importantes contribuições nesse sentido.

No estado do RS uma parceria da SES-RS, por meio do DAPPS e do Centro de Vigilância em Saúde (CEVS), junto ao Instituto Federal (IF) do RS e a UFRGS desenvolveu entre os anos de 2018 a 2020 a pesquisa intitulada “Análise e avaliação das situações de violência no estado do RS segundo raça/cor, identidade de gênero e orientação sexual: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS”

cujo objetivo foi analisar e divulgar informações sobre violência entre populações vulneráveis, incluso os povos indígenas, disponível nos sistemas de informação em saúde. Esse trabalho resultou, entre outras, na produção do relatório intitulado a Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS (OLIVEIRA; POLIDORO, 2020) que reúne a experiência exitosa de trabalho. Iniciativas como essa subsidiam gestores de saúde possibilitando o reconhecimento da população presente em seu território ampliando sua capacidade de formular, planejar, executar, avaliar e monitorar distintas políticas públicas.

Passando para o próximo caso, referente ao ano de 2020, uma referência técnica de uma CRS enviou à área técnica os registros de acompanhamento vacinal da população indígena, fornecido pela SMS em que a comunidade estava localizada. Apresentando que a comunidade possuía, naquela ocasião, vinte e três indígenas e apenas três não haviam sido vacinados contra influenza, pois não estavam na aldeia. Além disso, registrou sua preocupação com a comunidade em questão, pois apesar dos indígenas estarem no município desde o ano de 2018 eles não constavam nos censos demográficos da SESAI e que nem o município nem a comunidade possuíam qualquer suporte do órgão indigenista. Esse caso apresenta ao debate o que acontece em alguns dos municípios do RS onde o SASI não tem chegado ou tem demonstrado insuficiência nos serviços e atenção ofertada aos indígenas. Isso acontece em especial em municípios com pequeno número de indígenas.

O cenário em questão pode ser considerado favorável aos indígenas: a referência técnica apresenta conhecimento sobre saúde indígena, é atuante e empoderada; e o município tem garantido o acesso desta comunidade aos serviços de saúde, incluindo em nível primário. Porém, considerando o percurso histórico dos indígenas em busca de assegurar seu direito à saúde, as amplas mobilizações sociais para formatação do subsistema e pela criação de instituições como a SESAI, dedicadas exclusivamente a política de saúde indígena, situações como essa são extremamente desfavoráveis visto que expõe as fragilidades e falhas do SASI.

Esse é um caso em que o SASI ainda não chegou, o caso aponta que aqueles indígenas ainda não haviam sido enxergados pela instituição responsável por “abrir as portas” do sistema de saúde brasileiro aos indígenas, pois a APS é primordialmente a principal e mais importante porta de entrada do SUS. Os indígenas então se encontram em desalento, sem vínculo aos serviços do SASI, sem EMSI de referência, sem AIS, sem acesso a política pública de saúde indígena. Nessa realidade, obrigam-se a agenciar localmente suas demandas por saúde e em casos exitosos, como esse, consegue acesso ao SUS, no entanto, um acesso limitado, pois aí são vistos como munícipes e não como indígenas. Os munícipes assim como qualquer outra pessoa

tem acesso ao SUS, garantido constitucionalmente, mas os indígenas têm por direito o subsistema de saúde indígena. A lógica homogeneizadora invade, eles passam então a acessar serviços de APS municipais e a transitar pela rede de serviços do SUS sempre que necessário, como qualquer outro usuário ou usuária. E nesse caso a atuação do município não é complementar, pois ele se tornou responsável integralmente pela atenção à saúde desses indígenas.

Por outro lado, um alento de saber que estratégias e políticas importantes à manutenção da saúde individual e coletiva como as imunizações também tem sido garantida a esses indígenas, e na ocasião demonstrado cobertura vacinal quase total. A referência regional, por sua vez, também desprovida do apoio dos órgãos indigenistas apoia o gestor municipal e orienta minimamente sobre a importância de que os indígenas tenham uma porta de acesso ao SUS e acolhe demandas indígenas e as agenda junto a sua própria rede de apoio já constituída regionalmente na medida do que é possível dentro do SUS geral (fora do SASI). Entretanto, segue intrigada com a morosidade, pois à primeira vista os relatos revelam que esse formato paralelo de acesso dos indígenas ao SUS, sem presença do SASI, seria temporário e tão logo a comunidade estabelecesse os serviços do SASI também se estabeleceria.

Nesse caso, a informação da SESAI fornecida à regional de saúde é que o processo de inclusão dessa comunidade e da sua situação de aldeamento ou não, seguia tramitando dentro da instituição aguardando os pareceres necessários. Schettino (2021, p. 137) afirmou que a ideia de “índio aldeado” e “desaldeado” precisa ser superada “enquanto moldura para a ação estatal”, pois usar-se desse artifício pressupõe o controle do Estado sobre esses povos, características coloniais.

Os aldeamentos ou reduções surgiram durante o período colonial. Eram locais em que os colonizadores reduziam as populações indígenas em partes diminutas de seus territórios para lhes impor algum tipo de controle. Basicamente, objetivava-se dispor da sua mão de obra por meio da imposição de um outro modo de vida que se adaptasse à economia colonial, tornando-os aptos para trabalhar e servir aos colonos, à administração portuguesa e à igreja. Por outro lado, buscava-se a liberação de seus territórios para uso e expansão da fronteira colonial. (SCHETTINO, 2021, p. 137)

Dessa maneira, a herança colonial faz com que o Estado passe a negar atenção e serviços diferenciados quando os indígenas se ausentam dos limites do aldeamento e reduz a identidade

desses povos geograficamente (SCHETTINO, 2021). A política de saúde indígena ainda carrega esse peso colonial que na vida cotidiana dos indígenas impõe situações como a relatada pelo caso em análise em que são impossibilitados de se vincular e usufruir do subsistema.

Os desaldeados de hoje são vistos pelo Estado como uma espécie de desertores étnicos, que assim o seriam por desistência da sua identidade ancestral e adesão a uma nova identidade, levando à ideia de que, uma vez que façam essa opção, perdem seus direitos étnicos e o acesso diferenciado às políticas públicas.

Tal compreensão resulta na negação da identidade étnica, violência simbólica com grandes repercussões materiais e sociais. Tais repercussões resultam da omissão do Estado em prestar uma atenção diferenciada que considere e respeite as especificidades culturais desses povos. [...]

Essa herança colonial faz que ainda hoje as políticas públicas sejam exclusivamente direcionadas para os índios aldeados. Como uma vez me disse uma funcionária de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), “a partir do momento em que ele (o índio) vem pra cidade, ele torna-se munícipe”, como se não o fosse antes e deixasse de ser índio quando fora de sua terra. (SCHETTINO, 2021, p. 138)

Perpetuar o uso de divisões como essas que cria a categoria de indígenas “desaldeados” é violenta demais, se já não bastasse a exposição a todos os demais determinantes sociais de saúde. Ademais, os municípios e estados sequer foram capazes de desenvolver plenamente a habilidade de cuidar dos indígenas naquilo que lhe compete legalmente (na MAC) e em outras ocasiões não demonstram êxito em cuidar da APS indígena sem o apoio do SASI. O bom funcionamento do SASI é essencial para que essas competências sejam desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde.

No caso seguinte, as inconsistências normativas somam-se a problemas rotineiros como a dificuldade de estabelecer canais de comunicação e interlocução efetivos entre todos os entes (união, estados e municípios) para tratar de questões de saúde indígena. Na ocasião, uma SMS contactou a área técnica alegando que não conseguia contato com o Polo Base de referência para sua região e que esse havia solicitado anteriormente um atendimento de fisioterapia a um paciente indígena, mas que não haviam apresentado a prescrição e por isso não tinha como dar andamento a solicitação.

A área técnica prontamente realizou contato com o Polo Base referido que, por sua vez, informou que essa demanda se encontrava em discussão junto ao MPF, visto que os familiares do paciente não haviam autorizado a saída do paciente indígena da aldeia para realizar os atendimentos com fisioterapeuta e com isso os indígenas solicitaram ajuda do MPF para conseguir que o município oferecesse atendimento domiciliar. Esse caso foi do ano 2016 e não foram encontrados registros do desfecho da demanda junto ao judiciário. Porém, expõe a meu ver uma perversidade: o gestor de saúde municipal possui uma comunidade indígena no seu território vinculada a uma EMSI, apesar disso identifica como caminho mais fácil para ter uma informação dessa comunidade com um terceiro (a SES-RS) localizado completamente fora do seu território.

Apresentam-se tantos problemas nesse caso que é preciso listá-los: o primeiro é que essa SMS não possui vínculo com a comunidade indígena nem com suas lideranças; segundo não há canal de comunicação e interlocução aberto entre EMSI e SMS em prol da política de saúde indígena; a CRS não exerce seu papel nem junto à comunidade indígena e nem junto ao município; e por último, o fato de que o judiciário é demandado a mediar e decidir questões que poderiam ser agenciadas em âmbito da gestão da saúde.

Começando pela CRS, o caso reforça o papel do estado em fomentar a institucionalização de um regime de colaboração entre união, estado e municípios. Apesar de todos os demais problemas do caso, avalia-se que se a CRS estivesse executando seu papel o caso, inclusive, poderia não ter sido judicializado. No cenário ideal a referência regional ativa teria sido capaz de interligar algumas das “pontas soltas” do caso como a dificuldade ou ausência de diálogo entre indígenas, EMSI e municípios, adiante poderia ter acompanhado a demanda pela atenção domiciliar e apoiado o município frente a sua limitação incluindo pensar estratégias alternativas como por exemplo parcerias com universidades.

Na sequência, avalia-se que assim como é necessário superar a categorização do indígena pela sua condição de aldeamento é urgente estabelecer, inclusive normativamente, relações colaborativas entre o SASI e os estados e municípios. No entendimento que aqui se tem de relações colaborativas exprime-se a ideia de que o objetivo comum seja a garantia da atenção à saúde dos povos indígenas conforme previsto pela PNASPI. Nesse espaço colaborativo as EMSI, também, possam compartilhar das suas práticas e ações de saúde junto às comunidades indígenas a fim de permitir que os demais (estado e município) compreendam o que se passa na realidade das comunidades e ao mesmo tempo em que lhes sirva para planejar suas ações e gerenciar demandas aos demais níveis, que as experiências de atenção diferenciada no âmbito do SASI também sejam experiências exitosas a contagiá-los. O espaço colaborativo

não tem por intuito gerar vinculação ou dar poder autorizativo ou decisório a estados e municípios sobre o que é realizado no âmbito do SASI, mas sim do exercício de atualizar o formato dessas relações sempre que se faz possível promovendo a integralidade em saúde.

Ainda pensando na importância desse espaço colaborativo de ação um caso apresenta o contato realizado por uma referência técnica de uma CRS em que realizou o envio, à área técnica, dos planos de aplicação, dos recursos da Portaria SES-RS n.º 946/2015, realizados na sua região. Após avaliação verificou inconsistências nas demandas que constavam no plano como a aquisição de medicamentos. Com isso, a área técnica esclareceu a CRS que o acesso dos indígenas aos medicamentos deveria respeitar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica incluindo, ainda, a informação da existência da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) específica para os indígenas e alertou que: “Desassociar os indígenas das demais políticas de saúde não é uma boa estratégia, pois acabamos reafirmando a ideia de que o subsistema não compõe o SUS.” (06 de abril de 2016 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

A referência regional respondeu que o auxílio funeral havia sido uma imposição do município e que aos representantes da SESAI não havia se oposto durante a reunião e que ela não conseguiu agenciar a questão expondo suas dificuldades:

Eu tento negociar, mas nem sempre há essa possibilidade, pois é vista como necessidade e, quando o gestor insiste, até alegando que o recurso é para custeio e investimento, não tenho muito o que fazer, inclusive porque ele é que vai responder a prestação de contas. Eu tento deixar alguns impedimentos e noções do baixo impacto na saúde claros, mas a opção segue sendo do município. Na prática, a negociação não é tão simples. Consigo negociar algumas coisas e impedir outras, mas elas dependem da gestão e do que a gestão enxerga como necessário, ainda mais nesse contexto de falta de recursos. Por ex, a SESAI tá sempre querendo recurso para consertar carro deles, pôr combustível no veículo deles, até ar condicionado pro polo base (que além de tudo era alugado) queriam pôr no plano. Esse tipo de negociação eu ainda consigo bancar, outras não, como os medicamentos e exames para a AB [atenção básica]. (06 de abril de 2016 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

A situação apresenta um ambiente desfavorável à colaboração, pois imprime interesses diversos que prejudicam os indígenas. No momento em que se desvinculam os indígenas das

demais políticas públicas usufruindo-se do recurso destinado à atenção à saúde cerceia-se o direito destes de acessar os recursos de outras áreas e todos os demais benefícios de outras políticas públicas. Dessa maneira, retira-se da saúde que já é tão precária e de um recurso considerado baixo e, com isso, escanteia-se demandas relativas à saúde que não poderão ser supridas com recursos de outras áreas. O papel das instituições, tanto CRS quanto SESAI, é agenciar e pleitear junto aos indígenas o espaço nas demais políticas públicas ao mesmo tempo de realizam a defesa do recurso da saúde.

Contudo, pelos casos e anotações é possível notar que são raros os casos em que as referências regionais se sentem devidamente apropriadas da política de saúde e como parte do cuidado à saúde desses povos; em outra ponta algumas EMSI não desejam incorrer em atritos tanto com a comunidade indígena quanto com os municípios; e os indígenas, por sua vez, na urgência de resolução de suas demandas e com experiências negativas quando precisam acessar políticas públicas, que não se atentam às suas especificidades, acreditam ser melhor garantir pela saúde onde tem assegurado seu espaço de participação.

Já para os gestores municipais, os registros apontam que esses assumem, comumente, papéis distintos. Como exemplo, os gestores municipais em ocasiões como a exposta no caso agem por desconhecimento das normativas relativas aos povos indígenas e outras vezes por acreditar que não é seu dever (ou não quer) executar outros recursos com as necessidades dos indígenas. Novamente se traduzem as competências do estado do RS na formação dos profissionais para atuar na saúde indígena, entre esses aqueles do seu próprio quadro de pessoal e, também, a competência fundamental em sensibilizar gestores municipais continuamente.

Em outra situação, após a negativa de realização de um exame laboratorial de gravidez a paciente indígena o Polo Base de referência entrou em contato com a área técnica para auxiliar a resolver a questão. O município alegava, na ocasião, que a cota de exames já estava esgotada e com isso a paciente deveria aguardar o próximo mês. O Polo Base foi orientado pela Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, após apoio da área responsável pela política de saúde da mulher, de que a justificativa apresentada pelo município não procedia, pois o município recebia recursos específicos para aquisição do exame em questão e não se identificava justificativa plausível para a demora. Com isso, a área técnica também orientou a referência técnica regional da CRS a viabilizar o acesso da paciente indígena ao serviço junto ao município.

As dificuldades de acesso à rede de serviços de média e alta complexidade é uma realidade que se apresenta com frequência. Em caso similar uma das referências técnicas de uma CRS entrou em contato solicitando apoio para lidar com um município que estava com

pacientes indígenas com suspeita de tuberculose. A CRS relata que conseguiram agendamento de exames de raio X no município vizinho, mas que os indígenas faltaram aos agendamentos e que ela verificava que havia dificuldade de comunicação entre a ESF e a EMSI.

A profissional relatou o caso de um indígena de quatro anos com meningite tuberculosa internada com complicações respiratórias e neurológicas e quando fosse liberado para retornar a aldeia precisaria de local adequado e tratamento com fonoaudiólogo e fisioterapeuta. Afirmou que notava o empenho do município em oferecer as condições necessárias a paciente indígena, mas que havia dificuldade em deslocar o fisioterapeuta para as áreas rurais devido a pouca disponibilidade de fonoaudiólogo na região. A secretaria de obras do município também havia firmado compromisso de realizar manutenção na estrada para melhor mobilidade e acesso à aldeia.

Contudo, a profissional relatou sua preocupação, pois havia recebido a informação de que os indígenas com tuberculose daquele município haviam transitado em outro e que com isso havia a possibilidade de mais indígenas terem contraído a doença. Nesse outro município tratava-se de uma área ocupada que estava em mobilização, aumentando o fluxo de pessoas na aldeia auxiliando na mobilização. Após o relato do caso a referência da CRS afirmou que não sabia como atuar, pois extrapolava os limites dos municípios da abrangência da sua coordenadoria.

Questões referentes à comunicação e interlocução entre os entes parecem permear a política de saúde indígena e impor impasses cotidianos à saúde dos indígenas, como no caso em análise culminando na ausência do paciente indígena na realização de exame diagnóstico para doença de tuberculose. O SASI tradicionalmente funciona descolado da gestão municipal do SUS, com funcionamento, organização e coordenação próprias (CASANOVA *et al.*, 2018). Porém, Casanova *et al.* (2018, p. 3172) apresentou experiência em que a inclusão dos coordenadores de DSEI nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) foi positiva para interlocução entre os entes, com a ressalva de que de que algumas reuniões são “marcadas por tensões e conflitos, com diferentes entendimentos sobre responsabilidade, papéis e fluxos”. As CIRs, por sua vez, constituem-se de instâncias deliberativas o qual participam representantes do estado e secretários municipais de um território e entre suas funções está a de viabilizar através do planejamento regional integrado a integralidade da atenção à saúde (SILVEIRA *et al.*, 2016).

As questões territoriais também se expressam no caso quando tratado sobre a dificuldade de acessar a comunidade devido a situação das vias, mas que em virtude da situação de saúde que se apresentou se evidenciou a necessidade de manutenções que seriam realizadas

posteriormente. Esse é um exemplo do quanto é importante que os indígenas acessem políticas públicas municipais para além da saúde, usufruindo de recursos e benefícios aos quais também possuem direito na condição de munícipe.

Em outra vertente a questão territorial também entra no debate desse mesmo caso quando relatadas as dificuldades identificadas pela CRS com a diferença dos limites geográficos, a mobilidade dos indígenas e os problemas e adaptações que isso impõe a dinâmica de trabalho. A irregularidade do território, nesse caso, acirra a vulnerabilidade desses povos. Apesar do caso tratar sobre a exposição entre os próprios indígenas para a tuberculose, vale lembrar que as primeiras epidemias de doenças infecciosas e parasitárias causaram a depopulação dos povos indígenas (SANTOS; FLOWERS; COIMBRA JÚNIOR, 2005).

No âmbito dos municípios as dificuldades gerais do SUS também alcançam os indígenas, afinal mesmo se o SASI funcionasse em completa conformidade com o que está previsto legalmente o seu escopo de atuação é limitado e não abarca serviços de média e alta complexidade. A média complexidade (onde se localizam as situações descritas no caso) é marcada pela fragmentação e desorganização dos serviços, advindos de fatores como o modelo de atenção proposto, da resolutividade da APS e da organização da oferta (SILVA *et al.*, 2017). Silva *et al.* (2017, p. 1114) relata que “a oferta insuficiente ou inexistente de consultas em muitas especialidades faz com que os gestores encontrem muita dificuldade para garantir o acesso ao atendimento especializado aos seus munícipes”. Cardoso (2014), por sua vez, aponta a existência de evidências a respeito do alto índice de demandas de média e alta complexidade e sua possível relação com a baixa resolutividade das ações do SASI em determinadas regiões do país.

Contudo, o indígena na condição exclusivamente de munícipe encontra-se submetido a essa realidade, mas na verdade ele deveria ser entendido na condição de “indígena munícipe”, não que deixasse de ser uma para ser o outro. Dessa maneira, sendo indígena e munícipe, simultaneamente, haveria de além de ter garantido seus direitos enquanto munícipe ter também observadas as suas especificidades e compreensões sobre o processo de saúde e adoecimento. Com isso, apesar das dificuldades que se apresentam na média complexidade estaríamos nós propondo torná-la mais equânime.

Dando sequência aos casos, uma profissional vinculada ao distrito sanitário acionou a SES devido a dificuldades na solicitação dos exames pré-natais junto aos municípios de abrangência de um dos Polos Base, pois nenhum destes aceitava prescrições feitas por enfermeiros e alegavam a necessidade de criação de protocolos municipais. Na ocasião esse Polo Base encontrava-se sem profissional médico interferindo na atenção à saúde dos indígenas.

A área técnica de saúde indígena solicitou apoio de outras áreas, e foi então que uma profissional da APS respondeu entender a situação, mas se restringiu a explicar a profissional do DSEI como o município deveria proceder para aderir a um protocolo, para que assim fosse possível que as solicitações não ficassem restritas ao profissional médico. Após isso, uma profissional vinculada à política de saúde da mulher, na SES-RS, manifestou sua preocupação quanto ao caso e frisou que apesar dos problemas os exames deveriam ser garantidos e sugeriu que o médico vinculado ao município fizesse as solicitações enquanto fosse necessário.

A profissional do DSEI registrou seu descontentamento com a ausência de resolução da sua demanda, relatando a longa demora dos municípios incluindo as cotas insuficientes e reiterando que o pedido de orientação veio justamente por dificuldade de interlocução entre a EMSI e municípios, mas que por hora a situação estava resolvida visto que havia tido remanejamento de profissional médico. O descontentamento é compreensível, pois fora do SASI o indígena é apenas mais um usuário e os protocolos, manuais ou serviços em si pouco avançaram em pensar a realidade desses povos. Pereira *et al.* (2014) que apesar de transcorrido um longo período desde a implantação do SASI ainda há poucas reflexões sobre o acolhimento dos povos indígenas em especial em serviços de média e alta complexidade e que nesses espaços os indígenas são ainda mais fragilizados.

A articulação interfederativa colaborativa, no formato proposto nesta tese, tem como fundamental objetivo a garantia do acesso dos indígenas ao cuidado em saúde. Em que reconhecidas as dificuldades, tanto do SUS geral, quanto do SASI, atuem em regime colaborativo de forma a minimizar os impactos negativos das falhas institucionais na vida desses povos. Uma postura colaborativa no caso descrito não é a disponibilização de normas e protocolos para que o serviço possa se adequar ao que estava sendo solicitado (a solicitação de exame exclusivamente por profissional médico), mas que identificada a situação de inviabilidade de adequação se articule como garantir o acesso do usuário indígena. Essa proposta surge então ao final dos diálogos quando a profissional vinculada a pauta da saúde da mulher coloca como solução que as solicitações fossem feitas por um profissional do município enquanto fosse necessário.

A solução parece simples, óbvia e fácil, contudo até que se culmine na resolução do problema o paciente indígena já esperou demasiadamente ou nem necessita mais do serviço, em alguns casos. O que também é reflexo do quanto é desafiador entender e incorporar o que significa o papel complementar de estados e municípios na saúde indígena e o que quanto isso impõe aos indígenas lógicas homogeneizadoras e até mesmo discriminação. Cardoso (2014) sinaliza que para os gestores promover a atenção diferenciada é ainda mais complexa.

Do ponto de vista dos gestores, promover a “atenção diferenciada” no âmbito do SUS poderia gerar não só conflitos na assistência a ser prestada, mas também poderia sugerir o usufruto de determinados “privilégios” por parte dos indígenas em um modelo de atenção à saúde que pressupõe a “equidade” na assistência prestada. Do ponto de vista indígena, entretanto, trata-se cada vez mais de salvaguardar politicamente essa noção, dado que seria por meio da “atenção diferenciada” que a especificidade e a própria manutenção do subsistema de saúde indígena poderia ser mantida frente à tendência crescente do seu pleno abarcamento ao SUS, outorgando-lhe a legitimidade necessária para se manter como tal; ou seja, a “atenção diferenciada” deveria estar também concretizada em todas as instâncias e níveis da assistência terapêutica e da organização dos serviços para a sua prestação. (CARDOSO, 2014, p. 864)

O que se verifica é que não apenas indígenas e profissionais vinculados ao SASI se veem em descontentamento e incompreendidos. Também se nota entre os casos que a incompreensão também alcança gestores e profissionais municipais, visto que é atípico, no âmbito do SUS, que se tenha no território de um município um segmento da população que se encontra totalmente desvinculado dos seus serviços de APS, onde é rotineiro que os gestores municipais desconheçam a situação de saúde desse segmento e com isso se encontram em determinados momentos da rotina dos serviços desorientados.

Essa situação pode ser vista no caso em que um gestor municipal entrou em contato com a CRS questionando se deve implantar o *e-SUS* nas UBSI, visto que iria realizar a implantação em todas as demais unidades básicas do seu município. A CRS, por sua vez, não se sentiu à vontade em responder ao questionamento e o encaminhou à área técnica que procedeu a resposta explicando sobre a existência dos sistemas próprios da SESAI e a desobrigação dos profissionais a ela vinculada a alimentar outros sistemas, mas que compreende o município visto que esse não tem acesso às informações em saúde da totalidade da população dos seus municípios e havia sido orientado a implantar o sistema em todos seus serviços.

Além da incompreensão dos limites da sua atuação e lógica de funcionamento do SASI por alguns municípios, esse caso fala sobre a problemática que se impõe nas questões relativas aos sistemas de informação. Da mesma maneira que os municípios querem acessar informações produzidas no âmbito do SASI, bem como ter algum tipo de controle sobre as ações executadas junto às comunidades indígenas de seus territórios e atualmente não há previsão legal para isso o inverso também tem acontecido onde o SASI não tem se efetivado integralmente.

Em 2016, um profissional de Polo Base oficiou o município de Porto Alegre⁴ solicitando que a equipe de saúde que atende aos indígenas (com vínculos municipais) realizasse o lançamento das informações no SIASI. Em resposta a essa demanda o gestor municipal explicou que as equipes municipais eram orientadas, naquela ocasião, a usar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para informar sua produção. Explica ainda, que apesar disso, havia informatizado a unidade indígena em determinada aldeia e haviam tentado pactuar com a SESAI que fosse disponibilizado acesso ao SIASI nessa unidade para que a equipe pudesse alimentar o sistema, mas, na ocasião, foi informado que o SIASI só pode ser acessado de estabelecimentos vinculados a SESAI.

Após esses fatos o gestor alegou que no seu entendimento a responsabilidade pela alimentação do SIASI não era de responsabilidade municipal, mas que devido à preocupação que a SMS também possuía com as informações da saúde indígena orientaria a equipe de saúde municipal a disponibilizar a SESAI as informações dos indígenas para que pudessem alimentar os sistemas próprios enquanto até que os sistemas se comunicassem automaticamente. Essa comunicação chegou para conhecimento da Área Técnica pelo Polo Base que havia feito a solicitação.

A despeito das previsões legais da política pública de saúde indígena no campo cotidiano, incoerências como a que versa sobre a gestão da informação a respeito dos povos indígenas se materializa em rotineiros conflitos. Nesse campo se estabelecem relações de poder, na briga para decidir quem tem direito às informações sobre a saúde dos povos indígenas. Por um lado a legislação resguarda que a utilização do SIASI bem como as informações nele contidas fique restrita a SESAI, mas por outro lado a legislação não previu situações como a que acontece na capital gaúcha em que a gestão de uma EMSI é realizada de forma compartilhada entre o município e SESAI.

Uma hora os municípios demandam por informações a respeito da situação de saúde dos indígenas que se encontram nos seus territórios, em outra a SESAI exige informações a respeito da saúde dos indígenas. A integralidade do cuidado em saúde exige o alinhamento interfederativo e um discurso coeso ainda ausente. Seria simplista demais pensar que o alinhamento é factível em todos os municípios, sem sofrimentos e dispendiosas horas de reuniões e talvez anos de pactuação.

No entanto, notadamente há um conjunto de municípios no RS que exerce competências atribuídas ao SASI no que poderia chamar de informalidade do ponto de vista das previsões

⁴ O nome do município foi citado, pois trata-se do único município do estado em que a gestão da equipe é compartilhada entre SESAI e SMS, dessa maneira o próprio relato já informaria a qual município se tratava.

normativas da política de saúde indígena. Por outro lado, poderíamos dizer que não há informalidade, pois há previsão do papel complementar tanto dos estados quanto dos municípios na política de saúde indígena e há normativas que versam sobre a autonomia dos povos indígenas como a convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) enfatizando o seu direito dos povos indígenas à consulta sobre as políticas públicas a eles direcionada. O protagonismo indígena, por vezes, é o que movimenta esses municípios a se posicionarem e atuar.

Porém, se pensarmos que em alguns municípios do RS a assistência à saúde dos povos indígenas em nível da APS é ofertada quase integralmente pelos municípios enquanto ao Polo Base cabe apenas atividades de supervisão e atividades pontuais junto a essas, poderíamos dizer que quem está exercendo papel complementar na APS indígena, em determinados casos, é o SASI e isso não está previsto ou normatizado.

Além disso, diria que há um segundo conjunto de municípios à deriva, agem quando demandados, mas sem qualquer protagonismo ou proposta de atenção diferenciada independentemente do nível de atenção e ousaria afirmar que muito impactados pelo desconhecimento da sua função, do seu papel, das suas competências. Apesar de pela experiência em serviço identificar esse cenário aprofundar-me a essas questões necessitaria de uma nova tese, que delimitasse apenas as competências dos municípios com a atenção à saúde dos povos indígenas, dessa maneira me limitarei aos casos concretos e quanto eles dizem do escopo de atuação do estado e da operacionalização da saúde indígena no RS. Da mesma maneira, a minha experiência em serviço no SUS e na saúde indígena não permitem que eu seja hipócrita em negar a existência de municípios que negam completamente a existência dos indígenas, impõe barreiras e atuam violentamente contra esses e que nesses casos talvez qualquer proposta de alinhamento se arraste por décadas ou nunca sejam alcançados.

Entretanto, para finalizar essa seção deixei um caso que reúne um conjunto de atas de reuniões realizadas por municípios da região sul do estado em conjunto com a CRS de referência. Esses momentos se deram durante a pandemia de COVID-19 no ano de 2020, período que será revisitado em uma seção específica, mas avalia-se que eles trazem elementos fundamentais a respeito da atuação dos municípios na saúde indígena. Emergem da informalidade, que citei anteriormente, uma efetiva proposta de trabalho a ausência e insuficiência do SASI, estabelecendo-se um modelo paralelo de atenção à saúde dos povos indígenas nesta região. E, sobretudo, reflete o enfraquecimento de uma série de políticas públicas importantes, em especial nos últimos dois anos, mas com problemas anteriores do SASI.

Durante a pandemia de COVID-19 uma referência regional estabeleceu um canal de diálogo aberto e periódico em ambiente virtual para os gestores municipais e seus representantes para a temática da saúde indígena. Isso só foi possível, pois a referência regional já possuía uma boa interlocução junto aos municípios e intensificou esse trabalho antes mesmo dos primeiros casos de COVID-19 alcançarem as aldeias indígenas da região. A área técnica também foi convidada a participar do espaço e contribuir com os debates. O primeiro registro documentou a apresentação da área técnica do panorama da pandemia em todo o estado até aquele período. Já se registravam cerca de 300 casos de COVID-19 confirmados e cinco óbitos entre os indígenas.

Com isso foi proposto aos municípios da região que pensassem estratégias juntos às comunidades para evitar o trânsito dos indígenas, em especial suas lideranças, tanto entre as aldeias como para outros locais. A apresentação também relatou que em todo o estado a pandemia vinha expondo casos de desassistência aos indígenas a dificuldade de articulação junto à SESAI, tendo se tornado rotineiras as queixas e acionamentos de distintos órgãos solicitando informações. Além disso, essa apresentação foi finalizada informando da flexibilização dos recursos advindos da Portaria SES-RS n.º 946/2015 para que, durante o estado de calamidade pública, pudessem ser utilizados para redução da insegurança alimentar, bem como aquisição de insumos de higiene e limpeza, e reforçaram a publicação da Portaria SES-RS n.º 506 (RIO GRANDE DO SUL, 2020) com a mesma finalidade.

Depois disso a referência regional abordou a importância da destinação de recursos específicos para os povos indígenas durante a pandemia e que estava fazendo a diferença no enfrentamento ao COVID-19 e lembrou as orientações quanto a testagem dos indígenas sintomáticos para COVID-19. Em seguida uma profissional que representava um dos municípios da região falou sobre sua realidade e destacou que além de ter indígenas das etnias Guarani e Kaingang a sua região tinha ainda duas especificidades: uma o deslocamento dos indígenas para a área de praia do município para a venda do artesanato nos meses mais quentes; e outra devido a presença dos indígenas na universidade da região que durante os meses de férias universitárias retornavam as aldeias de origem. A profissional apresentou sua preocupação com as atividades sociais que ainda vinham ocorrendo nas aldeias e baixa adesão ao isolamento social ressaltando que estavam sendo recorrentes as denúncias ao conselho tutelar da circulação de crianças indígenas sem uso de máscara⁵.

⁵O uso da máscara se tornou obrigatório no RS aos maiores de dois anos durante a pandemia de COVID-19 como forma de prevenção e minimização da exposição ao vírus.

No entanto, a queixa principal desse município era a respeito da dificuldade de articulação com a SESAI desde o ano de 2019 quando houve a troca dos profissionais da EMSI que atendia a região e que isso havia prejudicado inclusive a vacinação dos indígenas contra o vírus da influenza. A partir disso outros dois municípios da região relataram as mesmas dificuldades em relação ao trabalho integrado a SESAI e uma das representantes manifesta sua insatisfação:

“Os integrantes da SESAI não avisam quando vão ao município e não respondem as mensagens enviadas. Com isso torna-se difícil discutir assuntos importantes de forma conjunta”. (Ata de reunião realizada em 23 de julho de 2020 – arquivos digitais Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Essa mesma representante municipal se queixa da ausência de um delineamento de responsabilidades dos municípios e da SESAI e cita como exemplo das dificuldades impostas por isso como a presença de crianças indígenas com vacinas atrasadas devido a EMSI não ter feito esse trabalho. Relata que essa situação foi resolvida deslocando uma técnica de enfermagem do seu quadro de trabalhadores para realizar a vacinação nas aldeias. E todos os municípios presentes na reunião relatam compartilhar dos mesmos problemas, além das dificuldades na realização do isolamento social pelos indígenas. Após ouvir os relatos dos municípios, a Área Técnica informou que nas semanas anteriores haviam tratado com o DSEI a respeito dessas dificuldades, que vinham se apresentando, também, em outras regiões do estado e que se esperavam mudanças.

Na reunião seguinte alguns dos municípios participantes manifestaram que haviam contatado as lideranças e estado em algumas das comunidades prestando orientações sobre os cuidados a serem tomados para evitar o contágio do COVID-19. Um secretário de saúde que não estava na reunião anterior questionou ao grupo se seria possível que a EMSI avisasse quando iria aos municípios para pudesse conversar sobre as estratégias de enfrentamento ao COVID-19, mesmo questionamento que havia sido colocado pelos demais em momento anterior. E os presentes então, acordaram de organizar as demandas e convidar representantes da SESAI para estarem em um próximo momento a fim de sanar os entraves.

Concomitante a isso, os primeiros casos suspeitos de COVID-19 em indígenas nessa região foram registrados e uma das reuniões se dedicou exclusivamente a tratar de como os municípios vinham atendendo esses casos, realizando as testagens nas comunidades e sobre o acirramento dos problemas de comunicação e ausência de um trabalho integrado junto à SESAI. As atas demonstram que o momento conjunto pleiteado pelos municípios foi agendado e houve a participação de uma equipe de representantes do DSEI. Apresentadas as manifestações dos

municípios uma das representantes do DSEI manifestou que em sua avaliação grande parte dos problemas advinha da falta de comunicação e esclareceu que não havia obrigatoriedade de que EMSI informasse aos municípios quando iriam estar nas aldeias, mas que avaliava que estabelecer um canal de diálogo tornaria as atividades da EMSI mais efetivas.

Quanto a questão dos atrasos no calendário vacinal esclareceu que isso teria ocorrido devido a problemas nos deslocamentos até esses municípios, pois estavam com um quadro de profissionais muito restrito além dos cortes no financiamento das viagens e estadias dos profissionais considerando a distância da sede do Polo Base até os municípios. Cardoso (2014) relatou que nos anos seguintes à criação dos DSEI se optou pela “terceirização” do gerenciamento e execução das ações acarretando a perda de controle político por parte do Estado. De acordo com a autora, a tentativa de retomada desse controle político pelos DSEI e pelo SUS pode ser vista na constante regularização e controle dos serviços fornecidos pelas terceirizadas e também no processo crescente da municipalização com uma injeção significativa de recursos nos municípios. E, reitera, que por outro lado, as lideranças indígenas veem esse processo como a perda de autonomia e da especificidade da assistência prevista na política pública.

Na sequência uma profissional do DSEI esclareceu não haver protocolo sobre quem deve ou não vacinar os indígenas, mas sim que garantir o fluxo de informações entre os entes viabilizaria que o processo de vacinação acontecesse da maneira correta. Citou ainda a importância da comunicação efetiva para a disponibilização de imunobiológicos necessários às comunidades fosse garantido pelos municípios em tempo hábil. Entretanto, apesar da manifestação sobre não haver protocolos e já contribuindo para alinhamentos básicos no que diz respeito a competências municipais para a saúde indígena, as imunizações estão contidas no âmbito das ações da APS, e APS indígena é oficialmente responsabilidade do SASI, não cabe aos municípios assumir integralmente ações e estratégias da APS, pois seu papel é complementar. Ademais, não há espaço para complementaridade sem colaboração.

Observa-se que o discurso é contraditório. Alega-se que as EMSI não precisam avisar os municípios sobre quando estarão nas comunidades, corrompe-se a necessidade dos municípios em obrigatoriedade e se inicia a disputa por poder. O cenário fica mais claro traduzindo a fala da seguinte forma: “eu (SESAI) sou responsável pela saúde indígena e sendo assim não devo satisfação a ninguém”. Enquanto na sequência argumentam em cima da ausência normativa para dispor de responsabilidades que são do SASI. Em resumo, a lógica é perversa e só serve quando serve a determinados interesses e conveniências: convém se o SASI apresenta-se insuficiente que os municípios realizem suas atribuições; mas não convém quando

esses mesmos municípios exercendo funções do SASI demandam espaço nele, que seja o mínimo compartilhamento de agenda. É fato que municípios ainda não têm clareza nem um entendimento compartilhado, nas rotinas diárias de trabalho, sobre o que significa o complementar, mas avalio que o SASI também não.

A reunião seguinte a participação do DSEI teve como tema os primeiros casos confirmados de COVID-19 entre os indígenas, registrados após seis meses do começo da pandemia. Os municípios falaram sobre os itinerários dos indígenas testados positivos, incluindo os deslocamentos entre municípios de outras regiões e como estavam lidando com os casos, o isolamento dos que haviam testado positivo e da ampliação das ações de prevenção. Por fim, trataram da dificuldade que vinham tendo com o entendimento dos indígenas que as competências dos municípios não eram as mesmas da SESAI e que um município vinha tendo problemas nos deslocamentos dos indígenas, pois era competência da SESAI o deslocamento dos mesmos até os serviços de referência e somente a partir daí a responsabilidade era dos municípios. Após esse relato outros municípios alegaram situações semelhantes incluindo exemplos de casos em que os indígenas não compareceram a exames previamente agendados, pois não tinham como se deslocar e que caso a EMSI se comprometesse a se comunicar com os municípios os gestores municipais organizariam os agendamentos dos exames, na medida do possível, para os momentos em que a EMSI já estaria nos territórios facilitando o acesso ao transporte. Finalizam a reunião com discussões acerca dos recursos financeiros e como vinham sendo executados.

Por fim, o que se tem é efeito da ausência de colaboração e de uma disputa inadequada e ultrapassada ao modelo atual de atenção à saúde indígena que se operacionaliza, onde não cabe mais vaidades e disputas. Após a fala do DSEI os municípios, de forma indireta, revidam devolvendo ao SASI atribuições que vinham desempenhando integralmente na tentativa de garantir o acesso dos indígenas aos serviços de saúde. Além disso, vejo que enquanto cobram a presença do SASI, cobram o diálogo, reclamam e questionam os municípios dessa região não tem por intuito enfraquecer o SASI, mas muito pelo contrário, desejam garantir a sua participação na atenção à saúde dos indígenas e em troca se sentirem respaldada para seguir fazendo o que já fazem cotidianamente em seus agenciamentos direto com as lideranças indígenas. Trata-se do anseio em exercer seu papel complementar.

Enquanto isso, o estado do RS faz a mediação, mas muito pouco se avançará se a estratégia de trabalho da SESAI for continuar colocando os municípios fora da APS indígena no discurso, como se todos os municípios atuassem de forma igual junto aos indígenas enquanto valem dos seus serviços na APS para dizer o SASI tem cumprido as suas funções. É preciso

assumir que há realidades em que os papéis se encontram invertidos e a segurança do SASI depende da reversão desse quadro em que o SASI é quem atual complementarmente, ou nem isso. Primordialmente, a função do estado não permite escolher um lado de defesa (seja de município ou do SASI), pois tem como função zelar pelos direitos indígenas relativos à saúde em conformidade com a política de saúde indígena seja reconhecendo as falhas do SASI, seja reafirmando que a atuação dos municípios na saúde indígena necessita ser pactuada (e não negligenciada), contando com ao menos a retaguarda do SASI, enquanto esse último não conseguir operar em sua máxima potência.

5.1.4 A articulação do SASI ao SUS: experiências do RS

Em estudo recente a respeito dos desafios da APS indígena, Mendes *et al.* (2018) apresentou que apesar da criação da SESAI problemas comuns ao período de gestão da FUNASA ainda perduram e que apesar do que se imagina o problema não é de ordem financeira, pois os estudos relacionados ao financiamento do SASI demonstram um crescente aporte financeiro. Mendes *et al.* (2018) considera que apesar da escassez de informações a respeito da situação de saúde dos povos indígenas o que se tem já é capaz de evidenciar a desigualdade e não permite que se verifique melhora significativa em face dos aportes financeiros.

É nesse cenário que se localizam os casos desta seção, que sua maior parte corrobora com os achados de Mendes *et al.* (2018) e de vários outros autores (BRASIL, 2009; CARDOSO, 2014; DIEHL; LANGDON, 2015; SANDES *et al.*, 2018; LANDGRAF; IMAZU; ROSADO, 2020) sobre distintos entraves que se colocam à política de saúde indígena. Os casos dessa seção foram separados em três blocos temáticos: aqueles que refletem a operacionalização da interlocução e trabalho integrado da SESAI (considerando suas estruturas descentralizadas: DSEI, Polos Base e as EMSI) junto a SES-RS; os casos relacionados a dificuldade de interlocução, desassistência e inoperância do SASI no RS; e por último o dilema do compartilhamento de dados e produção de informação em saúde relativa aos povos indígenas.

Em oito casos, apesar de não haver densidade para análise do conteúdo, por se tratarem de comunicações breves, foi possível identificar uma comunicação fluída entre Polos Base e EMSI. Dessas três eram do ano de 2015, quatro do ano de 2016 e uma do ano de 2018. Tratava-se de convites para reuniões e capacitações; compartilhamento de dúvidas e questões sobre o relacionamento dos indígenas com os municípios que chegavam a conhecimento das equipes de saúde e essas buscam a área técnica para auxiliar nos encaminhamentos; combinações de

reuniões junto às comunidades; e trocas de conhecimento entre as instituições e seus técnicos. Outros três momentos abordam situações que também refletem a fluidez de comunicação entre as instituições e mais ainda como essa interlocução efetiva favorece a política de saúde indígena.

Entre esses três casos estavam os acionamentos de um profissional, vinculado a uma EMSI, à área técnica informando que um paciente indígena havia testado positivo para dengue e que se encontrava em estado regular na UTI. O profissional contou sobre o itinerário terapêutico do paciente informando que quando chegou a sua aldeia foi atendido pela EMSI e que essa havia indicado o atendimento médico, mas que a família havia se negado, optando por iniciar tratamento na *Opy* (espaço destinado à cura tradicional dos Guarani). No entanto, dias depois o paciente foi levado ao tratamento médico fora da aldeia, pois havia apresentado piora do quadro e na ocasião tinha ficado internado visto que estava com infecção e anemia, necessitando assim de UTI. O profissional afirma que apesar do paciente estar estável e em acompanhamento se encontrava preocupado com o caso visto que o paciente havia transitado por outros três municípios anteriormente. E que quando o paciente estava em outra aldeia, antes de retornar a sua, já havia apresentado os primeiros sintomas de dengue. Com isso, dada a situação, o profissional solicitava o apoio da SES-RS para que as CRS pudessem atuar junto aos Polos Base e municípios em ações de controle e prevenção ao mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*.

Nessa situação, observa-se que o profissional da EMSI identifica que o trabalho conjunto é o mais adequado para lidar com o problema da dengue. Numa visão reducionista ele poderia ter apenas cuidado do paciente sob responsabilidade da sua equipe e ter apenas comunicado internamente a SESAI sobre o problema, mas contrário a isso ele demonstra preocupação com os indígenas e aciona a rede de apoio, que ele entende ser aquela com maior capacidade de resolver a demanda em tempo oportuno. Benevides, Portillo e Nascimento (2014) já haviam sinalizado da necessidade dessa interlocução interfederativa para a garantia da integralidade em saúde aos povos indígenas.

Os demais casos trazem uma postura proativa dos profissionais da SESAI, se colocando abertos ao diálogo com a SES-RS. Em um desses uma profissional relata a situação do suicídio nas aldeias indígenas do RS e informa que essa discussão será levada para um grupo de trabalho ao qual a área técnica também faz parte. Com isso, a profissional propõe que a área técnica, junto a ela, decida conjuntamente quais dados apresentar nesse espaço e qual melhor formato. Já na outra ocasião essa mesma profissional informa que não poderia participar de uma reunião desse mesmo grupo de trabalho e que gostaria de saber se o representante da área técnica

poderia representá-los e posteriormente estarem dialogando sobre os encaminhamentos da reunião e trocando informações.

Avalia-se que o que essa profissional propõe é um exemplo de formato de trabalho que responde ao que a legislação coloca de complementaridade das ações dos estados. Primeiro ela demonstra partilhar da necessidade de um regime colaborativo e de canais de diálogo abertos em benefício do bem coletivo dos indígenas. Nesse caso, esse formato de trabalho garante a representação das demandas indígenas e direcionam os esforços de ambas as instituições em direção à integralidade. Além disso, o alinhamento técnico é visto quando a profissional solicita que a área técnica faça a representação da SESAI em determinado momento que por motivos adversos não poderia comparecer fisicamente, o que na verdade não se trata de representação da instituição, mas sim das demandas indígenas. Em nenhum momento a proposta trata de usurpação de funções, mas sim de um trabalho coordenado e alinhado, em que há segurança de que a visão da instituição sobre aquele tema encontra-se compartilhado a ponto de que os outros se tornem multiplicadores, com clareza e reservadas as atribuições de cada ente.

No entanto, como ainda são inúmeros os desafios no âmbito do SASI e no SUS os casos apresentados até aqui datam dos anos de 2016 e 2018 e essa realidade não foi sentida nos casos dos anos seguintes. Como será possível verificar em todos os anos de análise (2015 a 2020) houve dificuldades, porém nota-se que a comunicação entre as instituições eram mais fluida, menos burocratizada e mais horizontal não impondo poder ou desejo de domínio sobre a pauta. Observa-se, a partir dos casos, que com o passar dos anos houve a verticalização da comunicação, a centralização nas chefias e cargos de mais alto escalão da organização retirando autonomia tanto das EMSI quanto dos Polos Base. Porém, esses últimos seguem sendo a linha de frente no enfrentamento dos problemas cotidianos e na identificação dos mesmos, mas a diferença é que aos poucos vão demonstrando pouca ou nenhuma gerência dos processos e dos novos formatos de trabalho impostos sendo sistematicamente silenciados e porventura violentados institucionalmente.

No ano de 2015, uma das referências regionais da região norte do estado encaminhou um e-mail a Área Técnica informando que vinha fazendo visitas periódicas às aldeias e em contato com as EMSI para troca de informações e realização dos planos para execução de recursos da saúde indígena repassados pela SES. Além disso, informou que estavam discutindo a possibilidade de implantação do PIM em algumas aldeias da sua região. A Área Técnica questiona a CRS se os planos vinham sendo feitos de forma tranquila ou se havia dificuldades

com algum município e aproveitou para falar sobre a nova portaria que estava em construção⁶ e afirmou que acreditava que a maior clareza nessa normativa facilitaria o trabalho. A Área Técnica informou, ainda, que a SESAI havia repassado a informação de presença de indígena em um novo município da sua região e que a habilitação dele ao recebimento dos recursos seria feita nos meses seguintes.

Contrário ao que se esperava e o que era mais rotineiro, ou seja, as queixas sobre a relação dificultosa com os municípios a queixa da referência regional foi a respeito da SESAI.

Meu maior problema é com técnicos-enfermeiros da SESAI, é muita ditadura e intransigência. Vou te colocar abaixo um e-mail recebido. Era para termos feito uma reunião [...] e simplesmente cancelaram e proibiram a equipe de participar. São eles que ditam as regras e eu não concordo com muita coisa que fazem, as queixas das equipes com a SESAI são muitas. (21 de setembro de 2015 - arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

E as queixas da referência seguem, inclusive discorrendo sobre como isso tem impactado na atenção à saúde dos indígenas.

Com a gestão dos municípios não tenho nenhuma dificuldade, inclusive eles tem restrição a SESAI, pois eles ligam e “mandam” e isso está criando dificuldades em relação às áreas indígenas e acredito que não pode ser por aí. Tem que haver diálogo [...] (21 de setembro de 2015 - arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Benevides, Portillo e Nascimento (2014) referiram-se a relação do subsistema e os outros serviços do SUS enquanto um desafio. Expôs o quanto a articulação entre os DSEI e os demais entes federativos se fazia necessária para a garantia do acesso dos indígenas aos demais níveis de complexidade, visto que o SASI se limitava a APS. No entanto, o que eles não se atentaram era que esse assunto é ainda mais complexo, pois na ausência ou limitação do SASI no âmbito da APS indígena essa articulação é ainda mais necessária para que esteja garantido o acesso ao SUS. Nesses casos, essa relação deve estar ainda mais alinhada para que seja

⁶ A Portaria da SES-RS n.º 946/2015 ainda não havia sido publicada e encontrava-se em formulação.

possível através do diálogo intercultural garantir a atenção às especificidades desses povos, afinal trata-se do ingresso dos indígenas no SUS geral e não no específico (o SASI).

Além disso, a articulação interfederativa efetiva poderá contribuir não apenas onde o SASI não conseguiu chegar (independente se trata de limitações gerenciais, de recursos humanos ou de qualquer ordem), mas também servirá nos casos em que têm se oferecido um SASI mínimo, por meio de EVS, modelo esse que já se demonstrou ineficaz. Porém, como retratada pela profissional de referência na regional de saúde do estado, isso ainda se expressa em prejuízos na atenção à saúde dos indígenas. Ademais, também fica claro a relação que possui sobre a perda de controle político marcado pelo modelo proposto de terceirização, onde aos profissionais cabe (concordando ou não) seguir as determinações mesmo que isso signifique prejuízo a política pública.

A respeito da utilização dos recursos repassados pelo estado do RS à saúde indígena ainda em 2015, um profissional, vinculado a um Polo Base, enviou um e-mail a uma SMS e à SES-RS falando sobre o plano de aplicação dos recursos estaduais.

Em reunião interna na SESAI, entendemos que é prudente destinar mais R\$1.400,00 (10%) do valor para eventuais consertos nas viaturas da SESAI, já que o processo é demorado, via autorização do Distrito Sanitário Indígena quando ocorre sinistro, ocasionando interrupção no atendimento. (31 de outubro de 2015 - arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Nesse período ainda estava vigente uma normativa anterior da SES-RS que instituiu o recurso para a saúde indígena, mas não descrevia sua finalidade nem como os gestores municipais poderiam ou deveriam executá-lo, deixando assim a critério dos gestores junto aos indígenas e equipes de saúde decidir como fariam o uso do recurso. Era usual que gestores municipais que não se comprometiam com a saúde dos indígenas delegassem a SESAI que definisse a forma que executariam os recursos. Também era comum que nesses casos os profissionais da SESAI deixassem, intencionalmente ou não, os interesses da instituição sobrepor ao dos indígenas. Como se observa no trecho do e-mail trocado entre a instituição isso não acontecia com intuito de prejudicar os indígenas, pelo contrário. Havia uma preocupação nítida dos profissionais com a descontinuidade das ações nas áreas indígenas, mas também se observa que esses tinham ciência de que aquilo era um problema interno da SESAI quando citam que os trâmites internos para consertos dos veículos apresentavam morosidade.

Em cenários desfavoráveis com gestores municipais e referências regionais pouco atuantes e pouco comprometidas com a pauta indígena era e ainda é comum que o recurso estadual seja executado para a resolução de problemas de responsabilidade da SESAI, como o caso citado, e é recorrente o uso dos recursos para aquisição de insumos básicos para o trabalho das EMSI. A sobreposição dos interesses também foi documentada em comunicação realizada no ano seguinte em que um profissional da SESAI questionou a Área Técnica se o recurso estadual para saúde indígena poderia ser utilizado para a compra de passagens ou compra de serviços de transporte para que os indígenas acessem serviços médicos e odontológicos na UBS do município.

Contraditório? Bastante, pois se remontarmos a revisão que realizamos no começo desta tese e nos casos que antecedem a esse, a legislação coloca a SESAI como responsável pela APS indígena. Então, como seria possível que um profissional da SESAI fizesse o pleito de que recursos destinados à qualificação da APS indígena fossem utilizados para garantir o deslocamento dos indígenas até serviços de APS municipais? É fatídico que no RS há muitos municípios se responsabilizando integralmente pela APS das populações indígenas, porque o SASI não tem se efetivado na sua integralidade e sequer apoiado os municípios a operar nessas realidades. E isso acontece bem distante do discurso da municipalização que permeia o cenário nacional e do desejo dos municípios em pegar para si essa responsabilidade, porque na verdade muitos vêm fazendo em decorrência do pleito dos próprios indígenas ou no desconhecimento se APS indígena compete a eles ou não e assim poder ser julgados pela negligência com essa população. Também não é possível afirmar que esse papel seja complementar, porque no geral nesses municípios que vêm fazendo APS indígena o papel do SASI tem sido complementar. Uma inversão perigosa e que reduz o direito dos indígenas a dispor de uma atenção diferenciada.

Em uma mistura de medo e alívio compartilho e registro aqui esse fato, tão pouco falado. Um medo por saber que boas experiências entre os municípios e os indígenas são utilizadas como argumento nas discussões dos altos escalões de gestão do SUS e meios políticos para demonstrar que a municipalização é um caminho possível. Mas por outro lado representa um alívio, por saber que apesar dos percalços os indígenas têm buscado apoio e alguns casos vêm conseguindo ter, em alguma intensidade e forma, atenção à sua saúde. No entanto, quem se utiliza do argumento de que os municípios já vêm prestando serviços de APS sozinhos aos indígenas certamente se esquecem de falar a que custo isso se dá.

Retomando os dilemas do caso em análise, os problemas começam quando os indígenas têm que sair de seus territórios para buscar acesso à saúde, pois na legislação do SASI isso é

ponto fundamental. No SASI os serviços devem estar nos territórios indígenas adaptados a suas realidades e culturas. Distintamente disso nos municípios o que se é capaz de garantir, naqueles com algum nível de comprometimento com as questões de saúde indígena, é o atendimento em formato geral, o SUS para todos, o atendimento do indígena enquanto munícipe. E não me sinto à vontade para argumentar que esses municípios estão equivocados, pois essa é sua responsabilidade para com os indígenas no âmbito da APS, com a criação do SASI.

No entanto, considero um avanço aqueles que conseguem, com os recursos que possuem oferecer fora do SASI algum tipo de atenção diferenciada aos indígenas, pois isso já é, sobremaneira desafiador no próprio subsistema que foi constituído com essa premissa. Há casos localizados, pontuais, em que os gestores municipais se organizam para prestar a APS dentro das comunidades indígenas, a exemplo do que faz o SASI, mas são casos muito específicos e que são representativos do conjunto. Nos casos em que isso acontece encontra-se relacionado à disponibilidade de profissionais diferenciados vinculados aos municípios, engajados com a pauta indígena ou questões relativas à equidade no SUS, mas isso são percepções durante o trajeto profissional.

Na realidade dos municípios, os profissionais que atendem os indígenas não contam com qualquer apoio do SASI, que fosse ao menos para capacitação ou formação a respeito dos povos indígenas. Encontram-se despreparados para atuação em contextos interculturais e em meio às suas rotinas diárias de trabalho oferecem o que podem para essa população que bate à porta dos serviços buscando assistência e acesso à saúde.

Um dos casos traz o quanto esse processo de ter os municípios realizando a atenção à saúde dos indígenas em nível primário é algo distinto e que não ocorre de forma natural, mas sim por um processo de necessidade. O caso é de uma referência regional da SES-RS informando a respeito de um surto de tuberculose em uma aldeia da sua região. Na ocasião já havia 8 casos confirmados e vários outros em investigação. Nos registros a profissional discorreu sobre sua dificuldade em apoiar o caso visto seu pouco conhecimento sobre a tuberculose e que o município também estava com dificuldades, pois se tratava de um município muito pequeno que tinha dificuldades em lidar com a tuberculose quando se apresentava na população em geral e na realidade indígena estava sendo ainda mais difícil. Paralelo a essas dificuldades a profissional coloca que a comunicação com a SESAI também era problemática e que isso comprometia o trabalho. Ela finalizou relatando o que identificava como avanço no trabalho junto ao município em questão.

Tem avanços, como a ESF reconhecer o território (quando cheguei eles “recortavam” a área como se a aldeia não fosse da microárea de cobertura da ESF) e a ACS [...] fez a capacitação dos AIS ano passado e tem trabalhado na área. Há então essa dificuldade de atuação da equipe da SESAI com a ESF. (07 de abril de 2017 - arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS)

O caso apresenta que na ausência de assistência da SESAI a essa comunidade uma nova lógica se impõe fazendo com que a aldeia indígena passe a integrar o território de abrangência de uma equipe de saúde vinculada ao município. A profissional entendeu como avanço a Agente Comunitária de Saúde (ACS) ter realizado o curso de AIS possibilitando assim algum conhecimento a ela sobre as questões indígenas, no entanto, isso está longe de ser aquilo que os indígenas demandaram em suas políticas públicas. Na política de saúde indígena o AIS deve ser um indígena com vínculo comunitário e que deve falar bem a língua nativa, representa um dos profissionais mais importantes da EMSI. De fato, há um avanço na viabilização da realização do curso pela profissional vinculada ao município, pois isso não é ofertado ou prioridade para o SASI.

Os municípios por mais atuantes e disponíveis a realizar a atenção à saúde dos indígenas não conseguirão contratar esse profissional porque ao AIS não é exigido nível médio de escolaridade como é exigido aos ACS. Então, se observarmos bem essas realidades que se colocam é nítido que diretrizes importantes da política de saúde indígena vão sendo deixadas de lado quando os municípios passam a fazer o trabalho do subsistema e não o seu papel junto a esses povos.

Já em uma comunicação de 2017 entre SESAI e SES-RS um profissional da SESAI questiona se o recurso do incentivo estadual poderia ser executado na contratação de motorista para dirigir veículos da SESAI. Em resposta ao questionamento, a Área Técnica orienta que não há impedimento legal para que a contratação não seja realizada, mas que desaconselha que isso seja feito. Explica que entende a preocupação visto que sem o motorista a atenção à saúde dos indígenas estaria comprometida, mas explica que o recurso repassado pelo estado aos municípios é um “extra” com intuito de qualificar a APS e não suprir demandas básicas e essenciais a assistência à saúde dos indígenas que deveriam ser garantidos pela instituição a que compete.

O valor máximo de repasse do estado do RS aos municípios pela Portaria SES-RS n.º 946/2015 é de R\$ 4.000,00, o valor é baixo em virtude das necessidades de qualificação da

atenção à saúde que se apresentam na realidade indígena. A contratação de profissionais, que inclusive é objeto de contratos de alto valor da SESAI com empresas e organizações conveniadas, é dessa forma função essencial da instituição e não de outros entes. Nesse sentido, ações desse tipo não representam complementaridade das ações de APS como determina a legislação nacional, mas sim tomar para si responsabilidade de outro ente. Porém, na prática cotidiana fazer ou não fazer implica que os indígenas tenham ou deixem de ter acesso à saúde como lhes é devida, nos seus territórios, diferenciada e intercultural.

Esse tipo de situação a que são colocados, diariamente, os profissionais e indígenas é uma forma de violência institucional. Em um processo que desculpabiliza a instituição, gestores e governantes, e personalizam as decisões e relações na base dos serviços de saúde. Inverte-se o debate que na verdade deveria estar centrado no processo contínuo de enfraquecimento das instituições públicas, de propostas vorazes de descontinuidade das políticas públicas destinadas aos povos indígenas e outros grupos étnicos e vulneráveis, além dos ataques à democracia brasileira, em especial após o ano de 2018.

Essa inversão do debate coloca os profissionais da base uns contra os outros e escanteia o que de fato importa: que os indígenas tenham atenção à saúde integral e diferenciada. Isso pode ser visto em outro caso que coloca o relato de uma referência regional de uma CRS:

Eu sempre me pergunto, como estado que somos, porque temos que dar informações para a SESAI sobre o recurso do estado se a SESAI não nos considera em qualquer discussão e nunca compõe com ninguém, nem com município e nem com CRS. (20 de junho de 2017- arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Na ocasião, a profissional da CRS, enquanto representante da SES-RS, fez um desabafo em que questionava o fato dos profissionais da SESAI desejarem se comunicar apenas quando o assunto dizia respeito a recursos financeiros, e nos demais momentos não estavam disponíveis para a interlocução. Inclusive, em alguns desses casos utilizam-se da legislação como argumento alegando que a responsabilidade é da SESAI e por isso ela (a SESAI) faz e organiza a atenção à saúde indígena nas comunidades da forma que bem entende. Na fala da profissional ela critica essa conveniência e expressa o seu anseio de agir da mesma maneira como forma de resposta ao modelo que se colocava. Por outro lado, visualizo os profissionais das EMSI e dos Polos Base que possuem contratos precários de trabalho, lidando com determinações verticalizadas, portarias, normas técnicas e orientações que saem do nível central da SESAI e dos DSEI exigindo-se o cumprimento. Contudo, em situações como essa quem perde são os

indígenas que além de lidar com ações e serviços segmentados também encontram profissionais desmotivados e/ou sobrecarregados.

Os problemas de comunicação se somam a problemas maiores como a inadequação das UBSI ou até mesmo a ausência de espaços destinados à realização de atividades assistenciais nas comunidades. A realidade é que “a rede de subsistemas ainda não se encontra plenamente consolidada, já que, apesar da criação dos DSEI, a falta de infraestrutura física e de recursos humanos ainda é uma realidade, resultando em rotatividade de profissionais e, conseqüente, irregularidade na oferta dos serviços” (SANDES *et al.*, 2018, p. 3).

Em 2018, a área técnica enviou ao DSEI laudo técnico fornecido por uma CRS sobre a situação de uma UBSI em que a conclusão era de que a unidade deveria ser interditada. A área técnica então informou que como a precariedade da unidade já havia sido tratada em momentos anteriores junto à SESAI e o problema ainda não havia sido resolvido, o caso estaria sendo enviado ao MPF para providências cabíveis. Situações similares, de atuação do MPF na tutela dos direitos indígenas, também, já foram relatadas em outros estudos (CALDAS; SANTOS, 2012; SILVA, 2013) e será retomada mais adiante quando adentrarmos a atuação do judiciário na saúde indígena, no RS.

Dando prosseguimento aos casos, ao final do ano de 2019 uma referência regional da região sul do estado encaminhou à Área Técnica um extenso relato sobre as dificuldades e ausências da SESAI na região. O relato dela aponta que até o ano de 2018 vivenciava-se uma boa experiência de trabalho entre a CRS, o Polo Base e os municípios e que pensar a atenção à saúde dos indígenas se tratava de um compromisso e uma construção coletiva dos entes federativos. Disse, também, que a região tinha a dificuldade do Polo Base estar a mais de quatro horas de viagem até os municípios e com isso entre as boas experiências que ela tinha era o fato do agendamento das visitas e atividades da EMSI nas aldeias ser compartilhado e pactuado com antecedência. Além disso, relata que havia um fluxo estabelecido e sempre que haviam demandas as supervisoras nos Polos Base essas comunicavam a CRS para que junto aos municípios encaminhassem as questões que se apresentavam. No entanto, após 2018 a referência regional apresenta que houve mudança no quadro de pessoal da SESAI e por longo período a região ficou totalmente desassistida pelo SASI, com nenhum canal de comunicação entre os municípios e a SESAI.

A referência regional alega que tanto ela quanto os representantes municipais realizaram inúmeras tentativas de diálogo e de apresentar como se dava o trabalho anteriormente, que na concepção deles funcionava bem. Ela apresenta ainda que devido à

distância do Polo Base até os territórios a presença da EMSI nas aldeias vinha ocorrendo de forma esporádica e insuficiente, sendo incompatível com as demandas dos indígenas.

Os municípios da região me relatam ausência da SESAI nas aldeias, a queixa vem também dos indígenas quando nos encontramos para conversar sobre o recurso (mantivemos as reuniões no ano de 2019 sem a presença da SESAI). As poucas vezes que a SESAI se fez presente nas aldeias os municípios (coordenações) não estavam sabendo. (04 de novembro de 2019 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Nessa região estão presentes indígenas em áreas irregulares e em acampamentos, em todos os municípios o número de indígenas é menor que 100, e há também aldeias consideradas recentes provenientes do deslocamento dos indígenas, em especial os Guarani, no território do estado. Pela distância da sede do Polo Base até a região a EMSI que faz a cobertura da região necessita deslocar-se e normalmente pernoitar para conseguir atender, de forma volante, aquelas aldeias. No entanto, por tratar-se de uma região com diálogo avançado entre os municípios e CRS junto às experiências anteriores de trabalho com a SESAI, os municípios realizam a APS indígena daqueles territórios devido a demanda das próprias comunidades por serviços e assistência adequada.

Em outros casos que envolvem a mesma região, incluídos entre os casos sobre a atuação dos municípios e sobre o COVID-19, é possível observar que esses municípios junto a CRS conseguem dar uma resposta positiva na APS indígena desde organizar atendimentos nas aldeias indígenas até organizar serviços de referência nos municípios. Contudo, novamente, ressalto que esse não é o formato de APS previsto na política de saúde indígena, mas é aquele que tem se operacionalizado em determinados territórios do RS.

Dando continuidade ao relato presente no caso, a referência regional finaliza dizendo que um profissional da EMSI chegou a informá-la que recebeu orientação superior da sua instituição (SESAI) para não realizar mais ações em conjunto com os municípios e estado. E ainda reitera sua preocupação com o momento que passavam os órgãos indigenistas, pois os profissionais do SASI eram muito importantes para a atenção à saúde indígena por serem profissionais sensíveis, implicados e com expertise necessária para auxiliar os municípios e de fato realizarem um trabalho conjunto.

Recebido o relato a Área Técnica enviou ao DSEI para conhecimento e providências e colocou que estratégia pensada anteriormente em conjunto anterior entre o DSEI e a Área Técnica (capacitação para realização dos planos de aplicação da Portaria n.º 946/2015) não seriam suficientes para lidar com tamanha problemática que se apresentava naquela EMSI. Em resposta o DSEI copiou trechos da legislação que apresenta as competências e funcionamento do DSEI, Polos Base e EMSI e alega que o Polo Base que cobre a região estava com dificuldades com motoristas, pois estavam com um profissional contratado de forma emergencial e que o contrato não incluía diárias que se faziam necessárias para deslocamentos para aquela região. Além disso, diz que o problema também advinha da mudança no pagamento de diárias das EMSI. O DSEI ressaltou que em nenhum momento houve orientação para que não houvesse trabalho conjunto e que sabia da importância disso para o melhor atendimento dos indígenas e como já tinha conhecimento de algumas dificuldades dos profissionais da SESAI que atuam naquela área já havia sido pactuada a capacitação sobre os recursos estaduais da Portaria SES-RS n.º 946/2015 e identificava como ator importante para resolução dos conflitos o apoiador institucional do DSEI.

Apesar de realizadas algumas reuniões posteriores no ano de 2020 as queixas dos municípios dessa região foram ainda maiores em virtude do aumento significativo da atenção e demandas da pandemia de COVID-19. Durante a pandemia, um grupo de representantes municipais junto a CRS se reuniu sistematicamente para compartilhar informações sobre os indígenas, articular ações e procurar formas de resolver problemas que se apresentavam. Em um desses momentos houve participação da SESAI, representada tanto por profissionais da EMSI quanto do DSEI, porém apesar da exposição dos problemas e encaminhamentos na última reunião desse grupo regional realizada em dezembro de 2020 as queixas se mantinham e já haviam acionado apoio do judiciário para a resolução dos mesmos.

Um triste cenário, mas que corrobora com os estudos que vêm sendo elaborados na última década a respeito do “balanço” do subsistema (CALDAS; SANTOS, 2012; CARDOSO, 2015; MENDES *et al.*, 2018;) evidenciando questões como a rotatividade de profissionais, a infraestrutura inadequada, a insuficiência dos serviços e os dilemas a respeito da informação em saúde. A questão das informações é o foco da última parte desta seção, apresentada na sequência.

5.1.4.1 As informações em saúde dos povos indígenas: poder e tutela

O tema das informações da saúde indígena é tão denso que não avaliei como viável apresentar os casos referentes a ele junto aos demais que envolviam o SASI. Desse modo, reuni entre os casos analisados 5 registros documentais que tratam especificamente sobre as informações da saúde indígena. Essa subseção apresenta um cenário de 2015 a 2020 e demonstram que ele não se modificou: o SIASI segue sendo um sistema restrito ao MS.

Em 2015 a SES-RS, via Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, acionou pela primeira vez o MS, via SESAI, solicitando acesso direto ao SIASI. A resposta foi de que não havia a possibilidade de um acesso externo à instituição (a SESAI) e que se esperava que com as constantes atualizações dos sistemas de informação da APS uma das versões fizesse automaticamente a comunicação entre esses sistemas. Dessa forma estados e municípios passariam a ter algum tipo de perfil de acesso.

Já em 2018, ainda sem respostas ou atualizações dos sistemas de informações que garantisse o acesso às informações da saúde indígena a Área Técnica oficiou a SESAI, em Brasília, onde fica a coordenação nacional do SIASI, informando o quanto a ausência de acesso às informações da saúde indígena dificultavam o trabalho da SES-RS, impedia ações importantes de planejamento de ações em saúde para os indígenas e o exercício do seu papel complementar ao SASI, conforme previsto na legislação nacional e que, visto isso, reivindicava a criação de um perfil de acesso ao SIASI.

Após meses de espera, contatos por *e-mail* e telefônicos, registrados nos diários de campo dos profissionais da Área Técnica, no começo de 2019, a SESAI encaminhou resposta à SES-RS. Na resposta informam que não havia dispositivo legal que gerasse a obrigatoriedade do envio das produções das EMSI para os municípios ou estados, mas citam uma nota técnica nº 13/2018 do MS (ANEXO 5) da própria instituição que dizia:

[...] uma vez que a responsabilidade sanitária sobre a população adscrita ao território é compartilhada e que a população indígena assistida pelo SasiSUS, também compõe o número de habitantes dos municípios, contabilizado pelos sistemas de monitoramento e financiamento da atenção básica, fica estabelecido que dados relacionados à população indígena sejam partilhados para fins de análise e vigilância epidemiológica e de gestão de insumos, respeitados os estabelecimentos de realização dos atendimentos, em conformidade com a tipologia de estabelecimentos de saúde indígena dispostos na Portaria n.º 1.317, de 03/08/2017 - que adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas no CNES.

[...]

Os DSEI deverão compartilhar as informações de saúde produzidas no âmbito do SasiSUS, com estados e municípios, contribuindo com a vigilância em saúde nos territórios, uma vez que se entende a necessidade de cumprimento de metas de indicadores pactuados pelos referidos entes federativos como necessária para o planejamento e oferta de serviços de MAC [Média e Alta Complexidade].

[...]

DSEI, municípios e estados, pactuem o modelo de organização para o compartilhamento de informações de saúde, definindo o rol de informações que devem ser compartilhadas, bem como fluxos, instrumentos e periodicidade de envio.

Na resposta ainda foi dito que a demanda da SES-RS é pertinente visando contribuir com a atenção à saúde dos povos indígenas. No entanto, citam a Lei de Acesso à Informação (LAI) como argumento para que não seja feita a disponibilização das informações dos indígenas, colocando isso como um fator impeditivo. Ao final dos despachos de resposta colocam como possibilidade o acesso a um painel geral da SESAI que seria criado futuramente e que dessa forma a SES-RS deveria enviar os dados para cadastro de um profissional para criação do perfil de acesso.

Recebida a resposta a SES-RS se manifestou quanto a incoerência dos despachos de resposta, pois ao mesmo tempo que diziam compreender e concordar com a legitimidade da solicitação de acesso às informações da saúde indígena faziam uso do texto da LAI para justificar a não disponibilização dos dados e ao final repassava ao DSEI a responsabilidade, mas frisando não haver legislação que obrigasse o repasse de informações. Ademais, os pontos de manifestação da SES-RS incluíram o trecho da LAI que diz que ela se aplica à união, estados, Distrito Federal e municípios e que desse modo a SES-RS tinha o mesmo compromisso com o sigilo dos dados dos indígenas que a SESAI. Reiteraram o compromisso da SES-RS na atenção à saúde dos povos indígenas, a dificuldade de diálogo que se apresentava junto ao DSEI e o quanto a não resolução de um formato de acesso às informações prejudicava os próprios indígenas.

Paralelo a isso aconteceu ainda em 2018 uma audiência pública com ampla participação de lideranças indígenas de todo o RS cujo tema foi “*Atualização das Ações Desenvolvidas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI, por intermédio do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul - DSEI-IS, no estado do Rio Grande do Sul*”. Na ocasião também

estiveram presentes lideranças indígenas, o secretário adjunto da SESAI, o coordenador do DSEI, profissionais das EMSI, municípios, entre outros. Foi uma longa audiência, pois havia uma série de questionamentos acerca do tema e vários representantes vinham de um longo período sem conseguir dialogar com a coordenação do DSEI.

Na ata da audiência entre os primeiros registros de fala está a fala do coordenador do DSEI em que alega que a SESAI vinha assumindo responsabilidades que seriam dos entes municipais e estaduais e por isso havia tantos problemas no trabalho dessa secretaria. Após isso, foram feitas diversas falas mencionando dificuldades junto ao DSEI, os problemas assistenciais e fazendo denúncias que incluíam o formato de contratação de profissionais sem critérios técnicos e sim políticos. Lideranças indígenas se manifestaram quanto ao desejo de que o MPF atuasse fortemente na fiscalização de recursos financeiros destinados aos indígenas e também relembrou antiga demanda da criação de um DSEI no estado do RS.

A questão do fluxo e acesso à informação da saúde indígena foi pauta de debate e foi feito o compromisso do secretário adjunto da SESAI de empenhar-se na integração do SIASI aos demais sistemas de informação e ficou agendada reunião no mês seguinte entre profissionais da Divisão de Gestão da Informação da Saúde Indígena/SESAI e da SES-RS para dialogar sobre as demandas e qual o fluxo possível para as informações até a integração dos sistemas.

Nos diários de campo da equipe da Área Técnica de Atenção à Saúde Indígena/DAPPS/SES-RS há registros de que a reunião pactuada na audiência pública ocorreu, mas que apesar do diálogo com os técnicos responsáveis e chefias do mais alto escalão da SESAI não houve resolutividade de demanda. E o reflexo disso foi sentido nas demandas apresentadas pelas referências técnicas regionais, em especial no decurso da pandemia de COVID-19 durante o ano de 2020.

Em janeiro de 2020, a pandemia nem havia começado e uma CRS fez um amplo relato que após visita a área indígena da região havia identificado o não preenchimento de informações sobre imunização.

A não alimentação deste sistema importa em baixa cobertura vacinal e perda de recursos financeiros, pois o município tem um número X de habitantes onde os indígenas são contabilizados como população do município e onde mesmo vem com baixas coberturas de vacinação já algum tempo. (09 de janeiro de 2020 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

A CRS fala no trecho acima do impacto que a não disponibilização de informações sobre a vacinação causa, pois de fato é um problema referente ao não compartilhamento de informações. Nos documentos do caso a referência regional informa que em contato com a EMSI eles informaram que a cobertura vacinal estava sendo feita, porém os quantitativos não vinham sendo disponibilizados, e a EMSI informou que foi orientada a não preencher outros sistemas de informação a não ser o SIASI.

A CRS, então, questionou se essa informação havia sido passada ao município para que ele então fizesse o lançamento das informações, mas conforme relatado pela referência regional uma profissional da EMSI apenas respondeu que estava sobrecarregada, pois dois colegas da EMSI tinham muita baixa qualificação técnica e o AISAN não havia retornado às suas atividades após período de férias. Buscando resolver a questão a CRS informa que ela mesma fez contato com a SMS orientando que o município oficiasse a SESAI sobre as informações e que também foi tratada a questão do AISAN com compromisso do município em dialogar com a liderança indígena local para entender o motivo pelo qual o profissional não teria retornado às suas atividades.

Em um segundo caso, a questão das informações sobre imunizações dos indígenas voltou a ser tratada. Neste, uma CRS questionava sobre a existência de normativa que desobrigava as EMSI a alimentar outros sistemas de informação além do SIASI, pois ao solicitar informações a um profissional da equipe o mesmo tinha argumentado dessa maneira. A área técnica explicou que de fato as EMSI são orientadas dessa maneira, mas que havia um trecho da referida normativa (ANEXO 5) que salientava a importância do compartilhamento de informações para fins de vigilância em saúde e que desse modo deveria debater junto a EMSI e município para que esse fluxo fosse estabelecido, mas que acreditava ser difícil as EMSI assumirem essa responsabilidade visto não havia um empenho dos níveis mais altos de gestão da SESAI para que isso se operacionalizasse.

A complexidade causada pelos impasses referentes às informações não para por aí. Em um outro caso, antes do início da pandemia de COVID-19, uma CRS relatava que havia sido questionada por um grupo de secretários municipais da sua região sobre como deveriam proceder com relação às mudanças no modelo de financiamento da APS, pois com as mudanças que estavam ocorrendo uma parcela dos pagamentos realizados teria como base o número de usuários cadastrados no e-SUS e esse sistema não era alimentado com informações dos indígenas. Dessa forma os indígenas passariam a não ser contabilizados para recebimento destes recursos.

Após o início da pandemia de COVID-19 o problema de não haver um fluxo instituído no que diz respeito ao compartilhamento de informações ficou ainda mais nítido. Nos registros eletrônicos da Área Técnica observou-se que a cada início de surto em aldeia indígena o CEVS frisava a importância de que os casos fossem notificados em tempo hábil, o que não vinha sendo feito. Além disso, o DSEI forneceu alguns boletins epidemiológicos sobre a situação do COVID-19 nas aldeias do estado, mas cessou o fornecimento de informações sem qualquer justificativa em um momento crítico de aumento de casos nas comunidades indígenas em meados do mês de julho. Essas informações constam no diário de atividades da área técnica e é possível ver que a partir disso a atuação da área técnica fica no “escuro”, lidando com a pandemia alcançando as aldeias sem ter informações registradas sobre isso.

A notícia dos surtos passou a chegar na área técnica a partir da atuação das CRS junto aos municípios que se queixavam de morosidade, ausência e da pouca disponibilidade de diálogo da SESAI. Observa-se que a área técnica então atuou, durante o ano de 2020, a margem da situação fazendo o que era possível com a articulação que possuía o que será discutido mais detidamente a partir dos casos da seção sobre o COVID-19.

Ana Lucia Pontes⁷, em entrevista em agosto de 2020 relatou que o SIASI é uma “caixa preta” há anos, mas que durante a crise sanitária, causada pelo COVID-19, isso era ainda mais grave, visto que impossibilita a análise da situação de saúde bem como os impactos da pandemia entre os indígenas (TAVARES, 2020). O que é ainda mais preocupante é o fato de que em 2015 a própria SESAI afirmou ter dificuldades na alimentação e operação do SIASI influenciados por fatores como o acesso à internet, a rotatividade dos profissionais e erros no preenchimento, além da existência de registros paralelos de dados aos quais o SIASI não previa o acompanhamento (ARAÚJO JÚNIOR, 2019).

5.1.5 O protagonismo indígena na política de saúde no RS

O protagonismo indígena permeia todas as questões tratadas nesta tese, nos casos estudados, todas as experiências de atuação tanto do estado do RS quanto de outros entes e instituições. Se organizam, se mobilizam, se reúnem, agenciam, questionam, demandam, contribuem, participam, se fazem presentes, se fazem ser ouvidos, onde quer que estejam a voz dos indígenas se faz ouvir. As demandas apresentadas pelas lideranças são as mais diversas, desde uma urgência que não sabiam como resolver até um desentendimento na comunidade. As

⁷ Professora e pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz) e coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde Indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

instituições são demandadas a partir do momento que a demanda é urgente para as comunidades.

Tratamos nas seções iniciais sobre casos sobre as fragilidades da SES-RS e uma dessas fragilidades ainda é a pouca permeabilidade das questões indígenas nas CRS, a pouca presença das referências regionais nos territórios fazendo a escuta das lideranças indígenas apesar de haver casos isolados que se avançou nesse sentido. Isso tem reflexo na forma como a SES-RS se organiza e os indígenas sempre tiveram plena consciência desse cenário então, por durante muito tempo e ainda acontece. Quando eles possuíam alguma questão a ser tratada que envolvia o estado eles não queriam que a SES-RS fosse representada por uma referência regional e sim por um dos profissionais da Área Técnica, localizada no nível central da secretaria. Errado do ponto de vista da descentralização do estado, da regionalização, mas com a baixa aproximação de algumas referências regionais era comum que eles quisessem dialogar com pessoas que acreditassem estar mais engajadas e com maior capacidade de resposta às suas demandas.

Dessa maneira, em 2015 houve dois casos em que as lideranças indígenas solicitaram a presença de profissionais da Área Técnica em suas comunidades. Em um desses casos as lideranças entraram em contato com a SES-RS solicitando o deslocamento dos profissionais da Área Técnica até a aldeia para uma reunião cujo tema seria o acesso a medicamentos e as ações de saúde naquela comunidade. O registro dessa solicitação encontra-se nos arquivos de e-mails, mas nos cadernos de anotações dos profissionais está o registro de como foi o momento de discussão e encaminhamentos junto à comunidade indígena.

A demanda dos indígenas era que queriam adquirir medicamentos com os recursos que o estado do RS repassava aos municípios para saúde indígena. O relato diz que os indígenas achavam os processos para recebimento de medicamentos muito burocráticos e em outros momentos lidavam com prescrições de medicamentos que não estavam disponíveis no SUS. Além disso, relembavam antigo modelo de atenção à saúde em que muitos medicamentos eram deixados nas comunidades para que fizessem uso da forma que bem entendessem o que na visão deles era positivo, pois dessa forma não tinham que lidar com a falta de acesso ao medicamento.

Nas anotações constam de foram mais de quatro horas de reunião em que foi debatido com os indígenas as formas de se acessar medicamentos no SUS, os motivos daquele recurso especificamente não poder ser usado com essa finalidade e encaminhamentos junto aos gestores municipais e EMSI para que esses problemas fossem minimizados. Registram momentos de tensão em que as lideranças informaram que os profissionais da SES-RS não poderiam deixar a comunidade caso não autorizassem a compra de medicamentos e apenas após muito diálogo essa opção foi deixada de lado.

Além disso, registram que após chegar a encaminhamentos satisfatórios para os indígenas, mas que não incluía a autorização da aquisição de medicamentos com o recurso uma das lideranças disse que já sabia desde o início que não seria atendido o pedido, visto que anteriormente eles já haviam contatado lideranças de outras regiões do estado e essas haviam relatado que em outras ocasiões os profissionais da SES-RS também não tinham dado autorização para a aquisição. Na visão das lideranças a negativa então tinha sido positiva, pois demonstrava a eles que aquilo de fato não era possível e que a comunidade podia confiar nos profissionais.

O outro caso se tratou de uma solicitação que chegou à Área Técnica pelo Polo Base, após lideranças indígenas solicitarem apoio para dialogar com um município que negava a existência das comunidades naquele território. Esse caso ficou amplamente conhecido, pois foi um município que se manifestou judicialmente para que o estado do RS não realizasse repasses de recursos financeiros destinados à população indígena com o argumento de que não havia indígenas em seu território. Por outro lado, um parecer técnico realizado pela área afirmava a existência de três comunidades naquele município, conforme censos demográficos que vinham sendo realizados pela SESAI na região. O relatório reuniu imagens e registros das comunidades, da precariedade e vulnerabilidade ao qual estavam expostas, além dos inúmeros relatos de violência por parte dos habitantes da região e negativas de assistências em serviços de saúde e em todas as outras áreas. Caso complexo, pois apesar de haver registros de reuniões, pareceres no processo judicial e tentativas de diálogo com o município, os indígenas continuaram a ter problemas na região. Isso pode ser visto na redução significativa de indígenas nesse município entre os anos de 2015 a 2020.

Em outra situação, a área técnica solicitou a uma referência regional apoio em uma demanda feita por uma liderança indígena a respeito da não execução dos recursos financeiros destinados à saúde indígena sob gestão municipal. A Área técnica informa sobre o caso: “Eles agendaram uma reunião com a SMS, mas não conseguiram ser ouvidos. Gostaria de saber se você tem alguma informação sobre o caso e se poderia fazer essa intermediação agendando e participando de uma reunião com a SMS e as lideranças indígenas”. (17 de dezembro de 2018 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

A solicitação foi encaminhada a regional com o intuito de que essa pudesse se organizar localmente para apoiar os indígenas e nos registros é possível ver que isso foi feito com acionamento da EMSI do território e realização de agenda junto a SMS. No entanto, nas comunicações também havia queixas da referência regional sobre a dificuldade de estabelecer

uma comunicação fluida com a SESAI e do quanto isso prejudicava o trabalho e acompanhamento das questões que aconteciam nas áreas indígenas.

Já em outra ocasião é um gestor municipal que busca o estado a partir de uma demanda das lideranças indígenas, conforme questionamento do profissional da SMS:

[...] a principal demanda trazida pelo Cacique e pela SESAI, foi a construção de rede de tubulação de água potável na aldeia, tendo em vista que já existe um poço no local, e atualmente a água chega através de caminhões pipa. Gostaria de entender com vocês se esse tipo de utilização de recurso é possível e legal? Como ficaria a responsabilidade da SESAI? Gostaria ainda de questionar quanto à construção dessa rede em terreno cedido pelo Estado, se é permitido? (13 de novembro de 2017 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Os indígenas insatisfeitos com a precariedade no abastecimento de água da comunidade buscaram a SMS com intuito de que o recurso financeiro repassado ao estado fosse empenhado com o objetivo de criar um sistema de abastecimento satisfatório. Após a demanda a SMS traz algumas dúvidas pautas na questão das responsabilidades de cada ente e sobre a legalidade do empenho de recursos em uma área cedida. A Área Técnica sanou as dúvidas da SMS e reiterou que sendo essa a prioridade da comunidade deveria se executar o recurso com essa finalidade respeitando os trâmites de compras, contratação e licitação municipais.

Ainda sobre a fiscalização e monitoramento realizado pelos indígenas sobre os recursos destinados a eles em um caso de 2020, uma referência regional frisa a insistência das lideranças indígenas e sobre as dificuldades enfrentadas naquele município.

A liderança indígena [...] tem questionado frequentemente quanto ao saldo em conta. Há pouco tempo houve troca na secretaria municipal, mas eu já havia solicitado o extrato e informações do que foi gasto para o secretário anterior. Na época ela já mencionava que queria transferir este recurso pra pasta da assistência social e que achava que tinham gastado mesmo sem plano, mas não me enviou extrato e encaminhou a questão pra quem o substituiria na secretaria.

A atual secretária também demorou muito pra retornar com informações e a assistência social do município estava sendo tensionada pelo legislativo, os vereadores querem detalhes de quantos são e o recebem e tal. Então eu resolvi

oficiar o município. Segui um tempo sem resposta, enviei e-mail, whats e comentei com a secretária que a liderança indígena está com intenção de acionar o MP, o que é verdade. (10 de julho de 2020 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

A demanda da liderança mobilizou a CRS a olhar para o caso e tensionar junto ao município apesar do cenário desfavorável com um gestor municipal de saúde com visão contraditória sobre os recursos e posterior troca na gestão. Observa-se ainda que a referência regional se utiliza do protagonismo dos indígenas quando dialoga com a SMS informando que eles possuem outros meios e formas de se articular em prol dos seus direitos caso não fosse resolvido na esfera da gestão.

Durante a pandemia de COVID-19 o protagonismo indígena foi ainda mais forte e isso é muito presente no diário de atividades da Área Técnica com os registros de acionamentos, questionamentos e queixas sobre a situação das aldeias, feitas por lideranças indígenas. Isso também se encontra registrado em uma comunicação feita pelo MPF a Área Técnica em que compartilha uma carta de lideranças indígenas com apontamentos sobre a situação de sua aldeia. Segue trecho da carta das lideranças.

[...] as lideranças se reuniram para discutir os problemas das doenças do coronavírus que tem chegado na nossa aldeia e tem afetado a muitas pessoas e nos preocupamos de nós não termos nenhuma preocupação pelos órgãos responsáveis por nós. Não estão dando o atendimento necessário com urgência que são SESAI e FUNAI. O que esta acontecendo que eles estão sumindo numa hora mais precisa.

Não estão atendendo as aldeias será que é só o município quem o compromisso com nós indígenas, acho que não, cade a SESAI, cade a FUNAI e o estado nessa urgência da epidemia cade a verba que o governo federal liberou para SESAI e FUNAI para suporte de atendimento nos estados e nas aldeias mais afetadas.

Gente nós temos 22 duas pessoas com COVID-19 e estão isolados e queremos que o Ministério Público Federal investiga esse órgãos com urgência antes que morre mais índio queremos algum técnico de plantão para monitorar as pessoas afetadas. (24 de junho de 2020 - arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Nitidamente é um caso que perpassa todas as outras seções em que os casos estão distribuídos: além do protagonismo indígena, traz a judicialização, as fragilidades da SES-RS, a precariedade do SASI, o COVID-19 e a relação com os municípios. Ao sentimento de abandono se une ao pleito por seus direitos. Ao citar as diferentes instituições os indígenas demonstram compreender sobre seus direitos e sobre a necessidade de uma atuação coordenada entre distintos atores. Enquanto os imbróglis não se encaminham pelas vias institucionais, os indígenas bem à frente já demandam por mudanças e expressam que não tem se contentado com o formato de atenção à saúde que vem se operacionalizando, pois, sobretudo eles demandam qualidade.

5.1.6 Gestão da saúde indígena no RS em tempos de COVID-19

A pandemia de COVID-19, causada por uma variação do vírus *Coronaviridae* (SARS-CoV-2) (SARTI *et al.*, 2020), alcançou o Brasil ainda nos primeiros meses de 2020 e impôs mudanças na rotina e hábitos sociais e impactou sobremaneira os sistemas de saúde. Para Sarti *et al.* (2020), a crise que se instalou no Brasil foi além da questão sanitária, pois também se deu no campo político, social e econômico. A pandemia contrapôs as ideias de que o melhor caminho para o país era o de redução do Estado, desmonte do sistema de proteção social e dos serviços de saúde, bem como o desinvestimento na ciência e tecnologia (SARTI *et al.*, 2020).

Porém, o desinvestimento, o desmonte e a desvalorização foram amplamente sentidos. O país se viu entre protocolos, orientações sanitárias e medidas restritivas em menores e maiores proporções tomadas durante todo o ano de 2020, mas que foram insuficientes para lidar com a complexidade que se apresentava. O número de óbitos foi grande inclusive entre as comunidades indígenas que se viu perdendo importantes lideranças em todo o país. Afinal, o vírus da COVID-19 não é indiferente às classes sociais, gênero, raça e etnia (GONDIM *et al.*, 2020; HARVEY, 2020) e tem afetado de forma certa os mais vulneráveis.

Esse triste cenário de calamidade pública que se estendeu ao ano de 2021, onde ainda não é possível dizer até quando ou quais marcas serão deixadas. Ao final de 2020 foi lançado pelo MS, após disputas políticas e amplos questionamentos sobre a forma de condução do Estado durante a pandemia, o protocolo de vacinação para quando as vacinas estivessem disponíveis no Brasil enquanto outros países já comemoravam os milhões de pessoas vacinadas. Porém, um ponto importante do protocolo de vacinação é que os povos indígenas constavam entre as populações prioritárias ao recebimento das primeiras vacinas. Cenário esse já esperado, pois ao mesmo tempo que a pandemia foi avançando sobre território brasileiro e com isso

adentrando aos territórios indígenas a saúde indígena se viu em evidência. Uma também triste evidência uma vez que o fator de preocupação era que novamente essas populações fossem dizimadas como já aconteceu em outros períodos, mas que fez com que as lideranças indígenas se antecipassem em garantir espaço nas discussões.

Essa evidência da questão indígena na pauta pode ser vista em casos selecionados para essa seção. O diário de atividades da Área Técnica de Saúde dos Povos Indígenas, da SES-RS, traz registros de acionamentos de diferentes atores demandando informações, manifestando preocupação e se mobilizando para apoiar os indígenas. Há três casos do segundo semestre de 2020 em que diferentes instituições se manifestaram junto a SES-RS a respeito da situação do COVID-19 entre os indígenas: a Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, da Assembleia Legislativa do Estado do RS, pedindo informações após denúncias de comunidades indígenas sem abastecimento de água; a FUNAI solicitando informações sobre quais as ações do estado do RS em combate e enfrentamento ao COVID-19 entre os indígenas; e do MPF solicitando relatório de monitoramento do uso de recursos estaduais destinados à saúde indígena e ao enfrentamento do COVID-19 nas aldeias indígenas.

Santos (2020) registrou suas percepções a respeito das pandemias e o quanto elas aumentam a vulnerabilidade.

As pandemias não matam tão indiscriminadamente quanto se julga. É evidente que são menos discriminatórias que outras violências cometidas na nossa sociedade contra trabalhadores empobrecidos, mulheres, trabalhadores precários, negros, indígenas, imigrantes, refugiados, sem abrigo, camponeses, idosos, etc. Mas discriminam tanto no que respeita à sua prevenção, como à sua expansão e mitigação. [...]

Quando o surto ocorre, a vulnerabilidade aumenta, porque estão mais expostos à propagação do vírus e se encontram onde os cuidados de saúde nunca chegam: favelas e periferias pobres da cidade, aldeias remotas, campos de internamento de refugiados, prisões, etc. (SANTOS, 2020, p. 23; 26)

As reflexões do autor são muito importantes para olhar a realidade dos indígenas nesse momento, ao mesmo tempo em que também trata dos motivos pelos quais se torna tão importante que distintos órgãos direcionem sua atenção para populações mais vulneráveis.

Enquanto isso, no diário de atividades da área técnica possuía registros recorrentes de demandas internas da SES-RS. Superiores, outras divisões e departamentos da própria

secretaria solicitando informações, manifestando dúvidas e pedido de apoio para lidar com questões sobre os indígenas. Durante a pandemia além da área técnica o CEVS, da SES-RS, também foi amplamente demandado em virtude da vigilância dos surtos de COVID-19 nas aldeias. Há inúmeros registros de e-mail com acionamentos do CEVS a municípios e profissionais das EMSI solicitando empenho na notificação dos casos de COVID-19 nas aldeias, relatando a preocupação e a importância da agilidade nos registros.

No final do ano de 2020, o boletim epidemiológico de dezesseis de dezembro (RIO GRANDE DO SUL, 2020), produzido pela SES-RS, registrava 1205 casos de COVID-19 entre os indígenas autodeclarados, já o boletim referente publicado em onze de fevereiro de 2021 o número de casos confirmados se encontrava em 1401 (RIO GRANDE DO SUL, 2021). Porém, devemos lembrar as considerações de Carneiro e Pessoa (2020) sobre a nebulosidade que se apresenta na vigilância ao COVID-19 e que já se sabe que há uma grande subnotificação dos casos entre os indígenas. Isso torna a questão a pandemia ainda mais emblemática para a gestão da saúde indígena em âmbito estadual.

Apesar das fragilidades dos dados eles são preocupantes, pois quando se observa a letalidade, o boletim de onze de fevereiro de 2021 (RIO GRANDE DO SUL, 2021), registrou 28% de letalidade hospitalar entre os indígenas. Além disso, nesse mesmo boletim há o registro que em 64% dos casos de indígenas hospitalizados, no período observado, se verificou ao menos uma comorbidade prevalecendo doenças cardiovasculares (30%) e diabetes mellitus (19%).

Ainda nos primeiros meses da pandemia um profissional de outra SES brasileira, que atuava no setor responsável pela saúde indígena pediu informações sobre como o RS lidava com indígenas em áreas não regulamentadas. Junto ao questionamento, o profissional informou que na realidade da sua secretaria os municípios com indígenas em áreas não regulamentadas não puderam integrar entre os municípios beneficiados com recursos financeiros para saúde indígena e que a sua preocupação era de como apoiar esses municípios em especial no enfrentamento e combate ao COVID-19 entre os indígenas. Em resposta, o registro é que a área técnica informou que no caso do RS a maioria das áreas não possui regulamentação e há muitos acampamentos em situação de alta vulnerabilidade social e que por esse motivo a portaria da SES-RS que destinava recursos aos indígenas estabelecia que os dados utilizados para pagamento são dos censos demográficos realizados pela SESAI em que são contabilizados os indígenas aldeados independente da regularização ou não da terra. Além disso, explicou que os municípios são credenciados e descredenciados a receberem os recursos automaticamente à medida que os indígenas se deslocam no território.

Casos como esse em que a questão sobre as terras gera dificuldades no acesso dos indígenas a insumos, recursos e até direitos também acontecem no RS. Em 2017, uma referência regional de uma CRS tratou sobre o caso de um município que possuía mais de uma aldeia e que no momento de realização dos planos de aplicação dos recursos financeiros apenas o de uma comunidade foi realizado. A justificativa para essa situação foi de que a comunidade que se encontrava em território irregular estava em tratativas com os gestores municipais para a cedência de uma área que pudessem utilizar e com isso pediram para aguardar a possível mudança para esse novo espaço para decidirem como executar os recursos que lhes era destinado. Nesse caso, tratou-se de uma decisão dos indígenas à espera, mas que com isso deixaram de utilizar o benefício até que a situação se resolvesse.

A questão territorial também impactou na situação do COVID-19 os registros do diário de atividades da área técnica revelam demandas e questionamentos quanto ao acesso dos indígenas a água, a existência de espaços nas próprias aldeias para realizar isolamentos dos indígenas com diagnóstico positivo para o vírus do COVID-19 e condições de manutenção do distanciamento social. Essas questões estão relacionadas à questão de terras, pois há forte presença de indígenas em acampamentos precários, nas proximidades de rodovias, centros urbanos e locais de grande movimentação nos municípios. A alta vulnerabilidade social a que estão expostos, o confinamento em pequenos espaços e até mesmo em terras improdutivas bem como a ausência de apoio e recursos para gerar insumos de subsistência dentro das próprias aldeias são fatores que impõe a muitas famílias indígenas a necessidade de sair das aldeias para conseguir alimentos e insumos básicos. Albuquerque e Ribeiro (2020) apontaram que a questão geográfica e da desigualdade estão relacionadas ao agravamento das consequências da pandemia. Para os autores em áreas geográficas com maior exploração, espoliação e opressão as consequências da pandemia tendem a se agravar.

Casos como esses ficaram ainda mais evidentes durante a pandemia de COVID-19, pois além da crise sanitária, lugares vulneráveis sofrem com a intensificação da vulnerabilidade e aprofundamento da crise econômica, política e social (ALBUQUERQUE; RIBEIRO, 2020). Na tentativa de atuar sobre isso, a SES-RS publicou durante o ano de 2020 a Portaria n.º 506 (RIO GRANDE DO SUL, 2020) destinando recursos aos municípios com população indígena aldeada para aquisição de alimentos e insumos de higiene para as comunidades. Além da flexibilização do recurso já existente (Portaria SES-RS n.º 946/2015) para também ser gasto com a mesma finalidade. Dois casos registraram a articulação das CRS, municípios, EMSI e lideranças indígenas para elencar as prioridades de cada comunidade e assim realizar os trâmites para aquisição de forma ágil. Além disso, nos registros do diário de atividades é possível

verificar diariamente o apoio da área técnica às CRS, municípios, EMSI e Polos Base em questões relativas ao uso dos recursos.

A comunicação entre os entes federativos, a interlocução e atuação conjunta demonstrou ter resultados efetivos durante a pandemia e anterior a ela. A exemplo de situações registradas no diário de atividades da área técnica que demonstram isso foi a disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pela SES-RS as EMSI. Em diferentes momentos da pandemia a SES-RS encaminhou lotes de EPIs, como luvas e máscaras, às EMSI, mesmo o MS realizando distribuição direta desses insumos a essas equipes. Com a comunicação dessa necessidade pelas EMSI e repasse dos quantitativos necessários pelos Polos Base as referências técnicas das CRS, o nível central da SES-RS via Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas articulava internamente o envio dos insumos. A disponibilidade de EPIs foi estratégia fundamental no enfrentamento do COVID-19 durante o ano de 2020, que além de reduzir o adoecimento dos profissionais no exercício do seu trabalho também preservava as comunidades indígenas com a entrada dos profissionais, que em sua maioria residem fora das comunidades indígenas.

Também há registros da articulação das EMSI junto aos municípios para garantir acesso aos demais serviços de saúde. E uma articulação durante toda a pandemia dos três entes federativos e lideranças indígenas para a execução adequada e ágil dos recursos financeiros destinados ao enfrentamento do COVID-19 nas comunidades. Os recursos financeiros destinados pelo estado do RS aos indígenas durante a pandemia no ano de 2020 teve como foco a redução da insegurança alimentar e apoio às medidas de higiene importantes para a manutenção do distanciamento social e prevenção do contágio.

Porém, também há registros de dificuldades nessa articulação durante o período da pandemia de COVID-19, no ano de 2020. Em um caso, o profissional de um município comunicou à área técnica, em junho de 2020, que havia 22 casos confirmados na aldeia da sua localidade. Entre os casos confirmados, o profissional relatou que havia gestantes, pessoas com doenças crônicas e idosos, o que gerava uma preocupação com possível agravamento dos casos. O profissional relatou que o serviço de vigilância do município estava dedicando esforços a rápida notificação dos casos, mas que estavam com problemas na sensibilização para que os indígenas seguissem o isolamento social e que se encontravam transitando entre outros municípios e aldeias.

Entre as ações da SMS junto à comunidade indígena para o enfrentamento do COVID-19 o profissional citou dois momentos em que a SMS prestou atendimento médico e de equipe de enfermagem na aldeia aos indígenas sintomáticos para COVID-19 e realizou dispensação de

medicamentos, máscaras de proteção e álcool gel, além de ter realizado a sanitização dos espaços comunitários e terem programado a sanitização das residências da comunidade. Apesar do empenho o profissional frisa que se encontravam em dificuldades:

Reiteramos que não há previsão na estrutura do município de dispor de equipe técnica para atendimento da população indígena. Há o acompanhamento, a cada 15 dias, realizado pela equipe da Unidade Móvel de Saúde, que neste momento apresenta-se como insuficiente para o acompanhamento da evolução dos casos dentro da comunidade.

[...]

Articulamos, provisoriamente, a visita diária de algum técnico da Secretaria Municipal de Saúde que, junto de alguma liderança da comunidade e assessorado pela médica que compõe a equipe da Central de Monitoramento de Isolamento Domiciliar, irá acompanhar a evolução do quadro daqueles(as) que testaram positivo, fornecendo orientações sobre a manutenção do isolamento domiciliar, realizando os encaminhamentos e contatos necessários e sanando quaisquer dúvidas. (23 de junho de 2020 - Arquivo digital da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Apesar das estratégias de enfrentamento ao COVID-19 traçadas pelo município junto aos indígenas no relato também consta da ausência da presença da SESAI. O profissional diz que foi comunicado que o profissional da SESAI de referência para aquela comunidade encontrava-se em isolamento, por suspeita de COVID-19. Relatou que foi solicitado a presença da SESAI para responder junto a equipe de saúde do município as demandas das lideranças indígenas além do caso ter sido encaminhado para o MPF, visto que as demandas não estavam sendo sanadas no nível da gestão da saúde.

Alguns municípios foram forçadamente protagonistas na atuação contra o COVID-19 junto às comunidades indígenas, forçada no sentido de que foi algo necessário frente a entrada do vírus nas comunidades e as dificuldades cotidianas do SASI. No segundo semestre de 2020 uma SMS contactou a Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas informando sobre um surto de COVID-19 na aldeia do seu município junto a isso alegou desassistência da SESAI e inatividade da CRS de referência, o que justificava o acionamento da área técnica e não da CRS. Entre os principais problemas relatados estava a informação de que a enfermeira da EMSI da localidade estava afastada por suspeita de COVID-19 e o médico também desta equipe possuía carga horária de apenas 20 horas semanais, não conseguindo atender a demanda que se

apresentava. Além disso, relatou estar preocupada, pois havia chegado até a SMS a informação de que talvez o médico também precisasse se afastar. A profissional da SMS afirmou ter buscado ajuda com o Polo Base de referência, com a CRS, mas sem apoio viu na Área Técnica o único ponto para apoiá-los.

Recebida a comunicação da SMS sobre a situação que se apresentava, a Área técnica fez contato com o DSEI solicitando informações e apoio para a resolução dos problemas relatados visto que não haviam se resolvido localmente. Além disso, foi feito contato direto com o Polo Base da região também solicitando informações sobre como estava a interlocução entre a EMSI e a SMS, que por sua vez retornou informando não ter conhecimento de nenhum desentendimento entre os mesmos, que tinham conhecimento do surto de COVID-19 naquela região e que como providência solicitaria um relatório da responsável técnica daquela EMSI. No relatório da EMSI constava que vários profissionais da EMSI haviam sido testados como positivos para o vírus COVID-19, acarretando o afastamento dos mesmos de suas atividades para cumprimento do isolamento. Com isso, o relatório apresenta que devido a isso houve dificuldades para a reorganização do trabalho, mas que vinham contando com apoio importante do setor de vigilância sanitária do município e também do Polo Base e dessa forma conseguiram dar continuidade às atividades na aldeia mesmo com ausências de profissionais.

O relatório da EMSI também informou que haviam sido intensificadas as ações e atividades de prevenção junto aos profissionais, que o médico assim como os demais membros da EMSI já havia retornado às suas atividades. Todas as informações foram repassadas a SMS e solicitado pela área técnica que a CRS realizasse o acompanhamento do caso junto a SMS e acionasse os indígenas para ter a partir deles informações sobre a situação da assistência na comunidade.

Os relatos de desassistência aos indígenas por parte do SASI vieram não apenas dos municípios e dos indígenas, pois em um dos casos, bem no começo da pandemia, também há a manifestação de um hospital que é referência a uma importante área indígena do estado do RS. Segue trecho do documento enviado pelo gestor do hospital:

Para colocar a par da situação em que se encontra a assistência à saúde básica na aldeia indígena, onde faltam médicos, equipamentos de proteção, medicamentos, mas principalmente o que nos preocupa é que a comunidade indígena é a mais vulnerável, no entanto, mesmo com todas as orientações de permanecer em casa, continuaram a circular, inclusive de uma aldeia para

outra, em outros municípios. (27 de março de 2020 - Arquivos digitais da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/DAPPS/SES-RS).

Por último, um caso que nos faz refletir sobre a situação não apenas da saúde indígena, mas do Brasil. Durante a pandemia de COVID-19 a SES-RS recebeu um ofício de um chefe de Polo Base, indígena, em que o mesmo solicitava apoio e providências para que o exército fosse enviado às comunidades indígenas vinculadas ao seu Polo Base. Como justificativa para essa solicitação o profissional cita a dimensão territorial da reserva indígena, a dificuldade para que os indígenas sigam as orientações, o baixo quantitativo de profissionais das EMSI e por último a dificuldade de acesso a insumos necessários ao enfrentamento da pandemia entre esses os testes para COVID.

Apesar de não integrar os casos, visto que foram incluídos casos entre os anos de 2015 e 2020, mas com o compromisso social, profissional e acadêmico de tratar de um momento importante para saúde pública brasileira e para os indígenas apresentarei um breve relato da primeira semana de vacinação contra COVID-19. Muitos pesquisadores relataram durante todo o ano de 2020 o que perpassava a produção das vacinas ao mesmo tempo que reforçavam sua importância (CUETO, 2020; GUIMARÃES, 2020; DANTAS, 2020). Após inúmeras controvérsias as vacinas chegaram ao Brasil e no dia 18 de janeiro de 2020 o primeiro lote da vacina, produzida pelo Instituto Butantan em parceria com a farmacêutica chinesa Sinovac Biotech, chegou ao RS.

Um momento muito aguardado, mas que demandou sobremaneira os serviços de saúde para a rápida e adequada disponibilização das vacinas aos grupos prioritários. As doses de vacina disponíveis nesse primeiro lote eram insuficientes para suprir a demanda de todos os grupos e com isso foram estabelecidos escalonamentos. Os indígenas integraram entre as populações prioritárias ao recebimento das primeiras doses disponíveis, junto com parte dos profissionais de saúde (os que atuavam na linha de frente no enfrentamento ao COVID-19) e uma parcela dos idosos (aqueles que se encontrava em instituições de longa permanência). Aos indígenas, diferente dos demais grupos, foram disponibilizadas 100% das vacinas necessárias para a vacinação de todos os indígenas aldeados, maiores de 18 anos, atendidos pelo SASI, e mais uma vez a política pública colocou a questão territorial como obstáculo ao acesso ao direito à saúde. Não foram contemplados nesse primeiro momento a vacinação dos indígenas que se encontram fora das aldeias.

As dificuldades foram de todas as ordens. Em menos de dois dias após a chegada das vacinas ao estado já havia comunidades indígenas sendo vacinadas e também já se

apresentavam dificuldades quanto às responsabilidades, as inadequações em quantitativos de vacinas enviados, municípios negando a vacinar os indígenas, indígenas se negando a serem vacinados. Parecia que tudo estava sendo decidido nesse meio tempo e que os mais de dez meses de espera não haviam sido suficientes para reduzir os problemas e realizar os alinhamentos necessários. Ao mesmo tempo os antigos problemas se reafirmavam com ainda mais força como as falhas do SASI, os impasses junto a gestores municipais, a ausência do compartilhamento das informações, ausência de pactuações interfederativas efetivas, a dificuldade de comunicação e interlocução dentro da própria SES-RS, entre outros.

A vacina chegou para agir contra o vírus, mas ao mesmo tempo acendia a necessidade de se atuar sobre a desinformação, desfazendo “boatos”, discursos contrários à ciência, à insegurança e ao medo. Por um lado uma euforia e ansiedade para que a vacinação se efetivasse e por outro a necessidade de respeitar a temporalidade dos indígenas, a necessidade de dialogar e levar informação qualificada a cada aldeia com intuito de reverter os discursos de negativa à vacina.

Em algumas localidades quanto as equipes de saúde contataram as SMS para agendar a retiradas doses dos indígenas para proceder a vacinação eram ignoradas e município que se negava a entregar as doses que havia recebido para essa população, pois as primeiras versões dos instrutivos e planos nacionais citava que as vacinas eram apenas para indígenas em áreas homologadas e apesar das orientações da área técnica a SES-RS cometeu os mesmos erros em alguns informativos. Como se sabe o RS é um dos estados do país com menor número de terras regularizadas e com isso o percentual de indígenas vacinados seria baixíssimo.

Foi uma intensa semana, repleta de ansiedade pela chegada da vacina e pelas orientações esparsas, distintas e a demanda dos usuários pela vacinação ágil. Durante toda essa semana a área técnica junto a vigilância estadual, referências regionais, municípios e subsistema trabalharam incansavelmente para garantir que as vacinas pudessem ser acessadas pelos indígenas, alinhando e pactuando fluxos para que isso acontecesse. Os casos localizados de problemas junto aos municípios a respeito da negativa de disponibilização das doses aos indígenas não impediram a vacinação de começar e até o final da primeira semana problemas dessa natureza já haviam sido resolvidos com atuação incisiva do estado reafirmando o direito dos indígenas em acessar os insumos.

Enquanto isso, nas redes sociais era possível ver manifestações preconceituosas a respeito da vacinação simbólica no estado do RS, onde uma indígena esteve entre os primeiros vacinados. As manifestações questionavam a indianidade, o pertencimento, as vestimentas e no

fundo expressavam uma afronta ao direito à saúde desses povos. Um triste cenário, de violência e discriminação que mais uma vez traduzia a importância de políticas de promoção da equidade.

No que diz respeito à informação, há uma preocupação extra quanto aos registros da vacinação, visto que são necessárias duas doses da vacina que foi disponibilizada em primeiro momento (cada vacina possui um número de doses necessárias e um intervalo de tempo entre essas doses, não é padrão). A SESAI junto o Programa Nacional de Imunizações (PNI) orientou que exclusivamente nessa campanha de vacinação as próprias EMSI lançariam as informações de vacinação no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), pois até esse momento as EMSI somente eram obrigadas a alimentar o SIASI. Situação complexa visto que essas equipes não possuíam cadastro no sistema e nem são capacitadas, fazendo-se necessário que concomitante ao processo de vacinação isso também fosse feito. Por outro lado gerou dúvidas e indisposição também junto aos municípios acostumados, anteriormente, a EMSI realizar a entrega do registro para que assim os municípios realizassem os lançamentos nos sistemas de informação.

Outro ponto importante do início da vacinação dos indígenas foi a orientação de que as doses destinadas aos indígenas não utilizadas em um primeiro momento deveriam ficar armazenadas nos municípios para que em momento oportuno o acesso a vacinação desses povos estivesse garantida. Um posicionamento importante visto que algumas comunidades indígenas inteiras ou indígenas isoladamente manifestaram que não tinham o desejo de se vacinar ainda nos primeiros dias da campanha de vacinação. Até o momento não há evidências sobre o que tenha ocasionado esse movimento nessa campanha, mas pelo que foi experienciado neste primeiro momento um dos pontos decisivos para a negativa se relaciona a amplitude de informações que circularam nos meios de comunicação, redes sociais, durante todo o curso da pandemia em 2020 e se estendendo a 2021. O trabalho dos profissionais de saúde além de garantir o acesso à vacinação também foi de atuar incisivamente levando informações verídicas a respeito da vacina para garantir que os indígenas tomassem sua decisão de se vacinar ou não. Paralelo a isso, foi possível ver importantes lideranças indígenas, pesquisadores e organizações indigenistas falando sobre o tema e a importância da vacinação. Esse trabalho com toda certeza se estenderá por tempo indeterminado.

Até esse momento ainda há muitas incertezas quanto a vacinação no país, sobre a disponibilidade dos insumos ou quantas vacinas serão disponibilizadas em cada lote e quando. No que diz respeito à vacinação dos indígenas, o caminho também é de incertezas, em especial, pela parcela dos indígenas que ainda não foram vacinadas, aquelas fora dos territórios. Ao

mesmo tempo em que a vacinação se inicia, o vírus segue transitando e levando os indígenas, e os não indígenas, a hospitalização e a óbito. Há um longo caminho a ser percorrido.

5.1.7 O MPF e direito à saúde dos povos indígenas

Algumas situações relatadas em documentos dos casos anteriores já trouxeram a presença do MPF nas questões referentes à saúde indígena. No entanto, restaram para essa seção 6 casos de acionamentos diretos do MPF envolvendo distintas demandas. Esses casos apresentam o retrato de como e por quais motivos o MPF se insere nesse debate, traz um pouco da ineficiência da gestão dos serviços de saúde seja ele do SASI ou fora dele (por municípios ou pelo estado), um pouco sobre formas de monitoramento de recursos públicos e traz também uma estratégia clara dos indígenas na garantia de seus direitos. Silva (2013) fala sobre o papel do órgão nesse escopo de atuação.

Assim sendo, pode-se afirmar que ao Ministério Público foi deferida a atribuição de defender todo e qualquer direito e interesse dos povos indígenas. Desta feita, o Órgão Ministerial deve sempre estar em defesa da educação, saúde, respeito à cultura, defesa das terras tradicionalmente ocupadas, enfim, sempre que figurar na relação jurídica um direito ou interesse dos povos indígenas, estará atuando o Ministério Público.

A previsão constitucional acima delineada, deve-se ressaltar, exige que o direito ou interesse seja da população indígena, logo, o Ministério Público só deve defender em juízo quando tal direito ou interesse for coletivamente considerado. (SILVA, 2013, p. 60-61)

Em um dos casos o MPF convocou a SES-RS para uma reunião para tratar sobre a utilização de recursos estaduais destinados à saúde indígena. Os documentos apresentam que nessa reunião além da SES-RS, representada por profissionais da Área Técnica e da CRS, e de representantes do MPF, estavam representantes de uma SMS e do setor de habitação municipal, lideranças indígenas, SESAI e FUNAI. A demanda dessa reunião havia chegado ao MPF pelas lideranças indígenas que após negativa do município em construir um espaço de saúde dentro da comunidade indígena com os recursos destinados à saúde indígena buscaram outras formas de diálogo visto que essa era a necessidade que a comunidade identificava. Os representantes do município alegavam que não possuíam mão de obra para a construção e o recurso que havia

no FMS referentes a Portaria SES-RS n.º 946/2015 eram insuficientes para realizar a aquisição de materiais e custear a mão de obra. A partir disso, na reunião em questão se discutiu o formato desse espaço de saúde e entrou em debate os problemas com o fornecimento de água à comunidade que se dava por meio de caminhões pipa que, por sua vez, estavam com problemas mecânicos e fora de atividade.

Os documentos registram que foram necessárias duas reuniões para que as demandas dos indígenas fossem encaminhadas. Se chegou a um formato viável para a construção do espaço saúde além do encaminhamento de realização de um estudo sobre o abastecimento de água daquela comunidade. A comunidade se encontrava em uma área com grande exposição a metais pesados e por isso era necessário um minucioso estudo sobre qual a melhor forma de garantir o fornecimento de água.

Em outro caso a demanda do MPF chegava a partir do pleito dos indígenas de que houvesse uma prestação de contas do que estava sendo gasto com o recurso financeiro da saúde indígena, pois vinham identificando irregularidades. Com isso, o MPF convoca representantes da SESAI, estado e municípios para estarem presentes em reunião junto às lideranças indígenas. Na reunião os indígenas relatam que o município não vinha cumprindo o que estava firmado no plano de aplicação de recursos (instrumento em que são pactuadas as demandas das comunidades conforme explicita na normativa). Entre os exemplos do que havia sido pactuado e não vinha sendo feito estava o não cercamento do posto de saúde indígena dentro da comunidade e ausência de transporte para deslocar os indígenas até o posto de saúde quando se fizesse necessário.

Além dessas demandas, uma das lideranças indígenas citou que vinham tendo problemas com o atendimento médico, pois a médica do município que estava indo até a aldeia estava limitando o número de atendimentos e que com isso não gostariam mais que aquela profissional retornasse a aldeia. As lideranças apontaram, ainda, que a periodicidade dos atendimentos não contemplava sua realidade visto que esses se davam quinzenalmente e que apesar de ter buscado a SESAI para garantir os deslocamentos até a unidade de saúde do município eles não haviam tido um resultado positivo. A comunidade enfatizou que o transporte que tinham disponível pela SESAI era deficitário, pois tanto durante o dia quanto a noite tinha que acionar as ambulâncias municipais.

Com os relatos das lideranças os documentos registram que o município explicou que a remuneração da profissional médica não era devido ao número de atendimentos e sim pelo cumprimento de sua carga horária, mas que firmava o compromisso de direcionar a comunidade

um novo profissional que tivesse conhecimento da realidade indígena. O MPF decidiu por dar um prazo de dias para que o município e a SESAI apresentassem respostas e soluções.

Durante a pandemia de COVID-19 em 2020 o MPF também acionou o estado do RS após queixas dos indígenas Kaingang de que não estavam recebendo atendimentos de suas demandas de saúde pela SESAI quando nos meses de verão se deslocavam para o litoral do estado do RS. Nesse caso, o MPF solicitou à SESAI que comunicasse quais as ações vinham sendo realizadas pela instituição para garantir a atenção à saúde desses indígenas, que se encontravam deslocados temporariamente das suas áreas e municípios. Também foi realizada reunião com presença do MPF em que os indígenas relataram estar em situação de extrema vulnerabilidade devido a violência e uso de drogas nas proximidades do local que ficavam instalados temporariamente no litoral. Além disso, informaram que quando acionaram o Polo Base da região foram informados que a responsabilidade pelos atendimentos deles não era de responsabilidade daquela EMSI.

Infelizmente, os documentos disponíveis não constam o desfecho do caso, pois na referida reunião a SESAI não se fez presente. No entanto, o MPF junto aos indígenas e a SMS do município que os indígenas iriam ficar temporariamente propuseram algumas medidas para diminuir o problema da desassistência, mas com a ressalva de que se aguardasse a manifestação da SESAI visto a sua responsabilidade com a atenção à saúde dos indígenas.

Contudo, também há casos que demonstram dificuldade de acesso dos indígenas no acesso a serviços de saúde de média e alta complexidade. Em uma situação o MPF reuniu junto às lideranças indígenas, SESAI, SES-RS, FUNAI e a SMS local para resolver a demanda da comunidade indígena que relatou uma negativa de prestação de serviços por parte do município em que residiam. Os indígenas relataram que uma criança da comunidade necessitou de atendimento de emergência e após fazerem o contato com a chefe da EMSI a mesma fez contato com o pronto atendimento do município o qual se negou a enviar uma ambulância para a remoção da criança até o serviço de saúde. A chefe da EMSI, também presente na reunião, complementou a fala das lideranças informando que apenas após longa explicação sobre a responsabilidade do município para com a comunidade indígena e processo de convencimento da necessidade do atendimento foi enviada a ambulância até a comunidade.

Não obstante a complexidade do caso, a chefe da EMSI compartilhou na reunião, conforme constam nos documentos, que após o atendimento no serviço de pronto atendimento a AIS, que estava acompanhando o caso, solicitou que o motorista da SESAI fosse buscar ela, junto à criança e mãe para que retornassem a comunidade. No entanto, a AIS foi informada que seriam encaminhados à delegacia de polícia por suspeitas de maus tratos. O representante da

FUNAI deu prosseguimento à fala informando que os indígenas não tiveram seus direitos assegurados, pois não havia tradutor disponível para que lhes auxiliasse na compreensão da língua e não houve contato com a FUNAI. Segue-se relatos sobre a dificuldade dos indígenas em acessar serviços de saúde fora do SASI e que apesar das tentativas de diálogo com o gestor municipal não era sentida mudança. A secretaria municipal de saúde respondeu aos questionamentos alegando que um dos problemas é que o município possuía apenas uma ambulância e que o envio da ambulância exigia a ida do profissional médico até a comunidade o que prejudica os serviços prestados aos demais munícipes.

Após as manifestações, os documentos desse caso, apresentam que o procurador da república se manifestou quanto ao entendimento de que os recursos públicos devem ser utilizados com parcimônia, mas que era inadmissível que serviços de urgência e emergência deixassem de ser prestados aos indígenas e dessa forma orientava o município a não incorrer em situações como aquela novamente. Exemplificando as dificuldades, a chefe da EMSI também relata a não aplicação dos recursos da saúde indígena, tanto o recurso repassado pelo estado do RS quanto recursos destinados à média e alta complexidade repassados, na época (2015), pelo governo federal. A secretaria municipal de saúde finalizou afirmando que iria realizar a execução dos referidos recursos e o Procurador da República informou a SMS que realizou o acompanhamento da execução e que o município se ocupasse de responder aos ofícios e comunicações enviadas pelo MPF, visto que em outras ocasiões também não tinham feito.

Em outra ocasião, a demanda do MPF se direcionou ao estado do RS após um paciente indígena alegar que estava aguardando há um longo período por uma cirurgia. Desse modo, o MPF questionou a SES-RS sobre a morosidade e ressaltou a importância do procedimento para a vida daquele paciente indígena. Como se tratou de demanda de serviços de alta complexidade a Área Técnica encaminhou ao departamento responsável dentro da SES-RS, que em resposta a área técnica disse que a demanda de todos que estavam na fila era grave, deixando claro que na lógica que estava posta para aquele serviço não havia observação a especificidade dos pacientes indígenas. O departamento responsável respondeu diretamente ao MPF, não havendo documentos que registrassem o desfecho do caso.

Em 2018 o MPF acionou a SES-RS para a participação em uma audiência pública para tratar de demandas dos indígenas sobre a atuação da SESAI no território do RS, a qual já foi registrada nos casos relacionados à informação em saúde dos indígenas. No convite citam que a audiência buscava colher esclarecimentos e buscar soluções para os problemas que vinham afetando as comunidades. As audiências públicas são utilizadas com frequência por

procuradores na tutela de direitos de minorias e apresentam relevância para sociedade oportunizando a participação mais concreta dos cidadãos (SILVA, 2013).

Durante a pandemia de COVID-19 o MPF atuou incisivamente na tutela dos direitos indígenas no estado acompanhando os entraves evidenciados durante a pandemia, monitorando a atuação das instituições sanitárias, o uso de recursos públicos e promovendo recomendações acerca de direitos indígenas não apenas relativos à saúde. Além de ter prerrogativas legais de defesa dos direitos indígenas não apenas a saúde, avalia-se que essa atuação vem promovendo importantes contribuições à política de saúde. Silva (2013) alegou que a instituição tem uma credibilidade frente a população brasileira e atuam com zelo junto a populações vulneráveis, como os indígenas.

Do ponto de vista da gestão da saúde observa-se que a atuação do MPF restringe a morosidade das ações e impõe a necessidade de resolutividade de problemas relativos à assistência à saúde dos indígenas. Além disso, os indígenas se utilizam da figura do MPF como argumento para que seus direitos sejam observados e garantidos, faz parte do cotidiano deles a certeza de o MPF atua na sua salvaguarda. Talvez de fato, como disse Silva (2013), seja uma questão de credibilidade no órgão.

No entanto, na participação do MPF no RS se observam limitações mesmo se fazendo uso de instrumentos judiciais e extrajudiciais na tutela dos direitos indígenas. Silva (2013) relatou que limitações a essa atuação se encontram relacionadas a causas como falta de recursos humanos, falta de especialização sobre políticas indigenistas e até mesmo a baixa efetividade das políticas públicas.

5.2 O PANORAMA BRASILEIRO DA SAÚDE INDÍGENA A PARTIR DOS ESTADOS

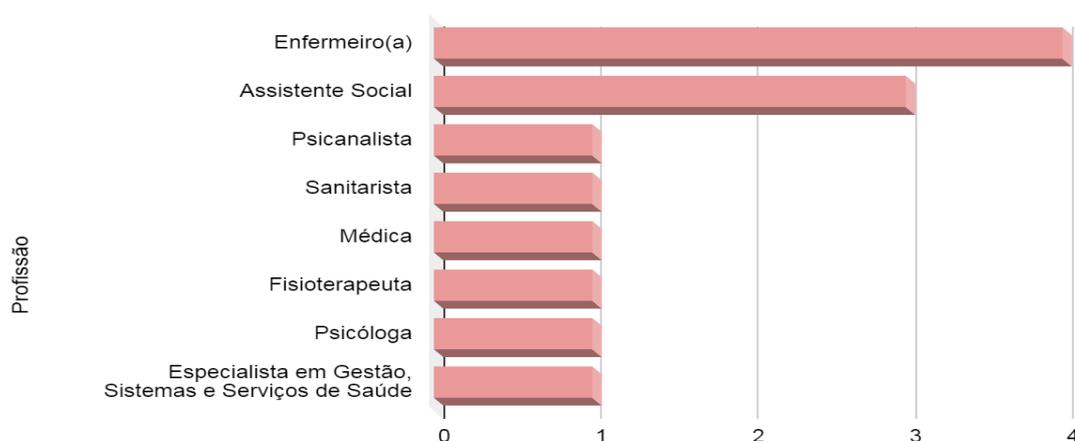
O Brasil é dividido em 26 estados e o Distrito Federal, constituindo 27 unidades federativas. Cada uma dessas unidades federativas possui um órgão responsável pela gestão estadual do SUS, que de maneira geral são chamadas de Secretarias de Estado da Saúde. Dessas, treze participaram da pesquisa respondendo ao questionário (ANEXO 2) cujos resultados serão apresentados aqui. O questionário teve como proposta compreender onde se localizam as questões indígenas dentro dessas instituições, nas distintas realidades de cada região do país, qual o perfil dos profissionais, entendimentos a respeito da política de saúde indígena, entraves e anseios possibilitando com isso a expressão de um panorama da saúde indígena nessas instituições, e com isso na gestão estadual do SUS.

O acesso a algumas secretarias foi facilitado, pois desde 2018 vinha buscando estabelecer um canal de comunicação com profissionais das SES do país e com isso já havia constituído um grupo virtual, de caráter informal, para partilhar experiências, dilemas e servindo como espaço de apoio ao trabalho na saúde indígena. A essas secretarias apresentei um breve texto sobre a minha pesquisa e solicitei a participação. Apesar disso, havia um grande número de SES que não estavam representadas nesse espaço e para esses casos eu realizei contatos telefônicos falando sobre a pesquisa e convidando a fazer parte e com isso alcancei o número de treze profissionais vinculados à SES integrando a pesquisa.

A problemática começou a ser exposta ainda nos contatos telefônicos, pois quando realizava os contatos com algumas SES os atendentes não conheciam o setor ou pessoa responsável pelas questões indígenas e a ligação era transferida para vários setores até que, em casos exitosos era possível contatar essa pessoa de referência. Em casos mais graves, profissionais da SES indicaram contatos dos DSEI, como se a pauta relativa à saúde indígena não pertencesse à discussão dos estados e estivesse restrita à responsabilidade do SASI. Também é importante relatar que os contatos com as secretarias foram dificultados em virtude da pandemia, pois muitos profissionais encontravam-se em teletrabalho e com rotinas de trabalho alteradas. Entretanto, o estudo conseguiu contribuições de quase 50% dos estados brasileiros e foi possível contemplar realidades de todas as regiões do país como falaremos mais adiante.

Quanto ao perfil dos respondentes 61,5% (8) se autodeclararam brancos, enquanto apenas 1 se declarou indígena. Enquanto isso no que diz respeito a profissão 30,8% (4) eram enfermeiras e 23,1% assistentes sociais, seguidos de outras seis profissões, conforme gráfico abaixo. Para casos em que foi sinalizada mais de uma profissão foi incluída apenas a primeira citada.

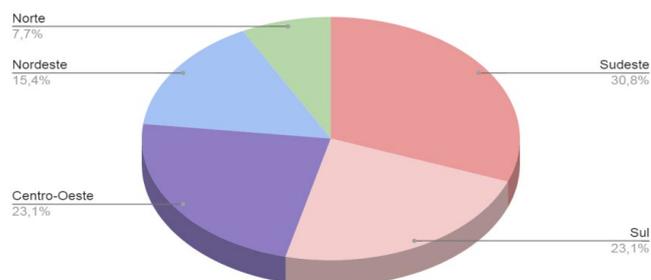
Gráfico 1 - Perfil dos respondentes quanto à formação profissional.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Todas as regiões do país foram representadas, ao menos uma SES de cada região participou da pesquisa. Os melhores resultados de participação foram na região sul e sudeste do país em que todas as SES participaram da pesquisa. Um fator que pode ter influenciado é o fato de a maior parte desses estados ter partilhado em algum momento de espaços de controle social em comum, no caso os CONDISI do Interior Sul e do Litoral Sul, e o fato de já ter o contato da pessoa de referência nessas localidades. Dessas duas regiões apenas o estado de Minas Gerais e Espírito Santo não integram o mesmo espaço de controle social, visto que estão vinculados a outros distritos. Desse modo, a região sudeste foi responsável por 30,8% da participação total na pesquisa o que corresponde aos quatro estados; seguida pela região sul (23,1%) com os três estados que a compõe, região centro-oeste (23,1%) onde apenas o Distrito Federal não participou; nordeste (15,4%) com dois estados participantes; e na região norte (7,7%) referente a uma participação.

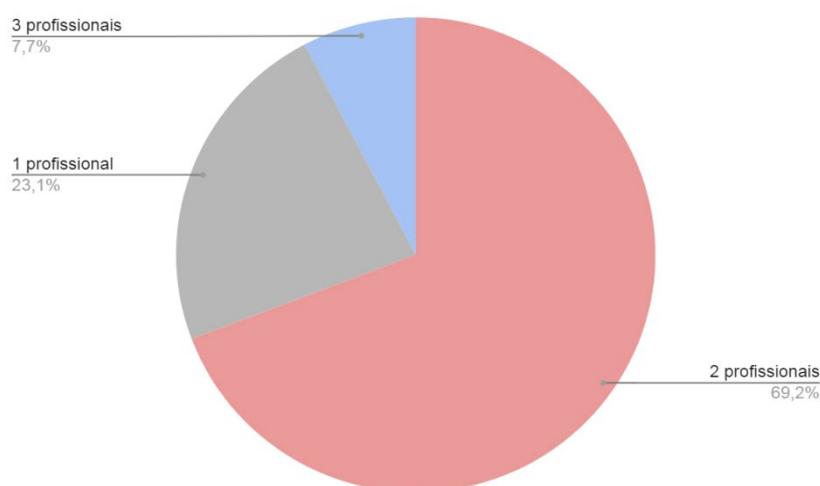
Gráfico 2 - Percentual de participação na pesquisa, por região.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Outra questão que chamou a atenção foi a respeito dos recursos humanos, pois 69,2% responderam ter apenas dois profissionais vinculados à pauta e 23% responderam que lidam sozinhos com o tema dentro da sua secretaria. Apenas um respondente afirmou ter 3 profissionais na equipe, mas com a ressalva que eram três profissionais vinculados a políticas de promoção da equidade, entre essas a política de saúde indígena. Isso apesar de aparentar positivo demonstra uma sobrecarga de trabalho visto que há várias outras populações sob responsabilidade desses profissionais.

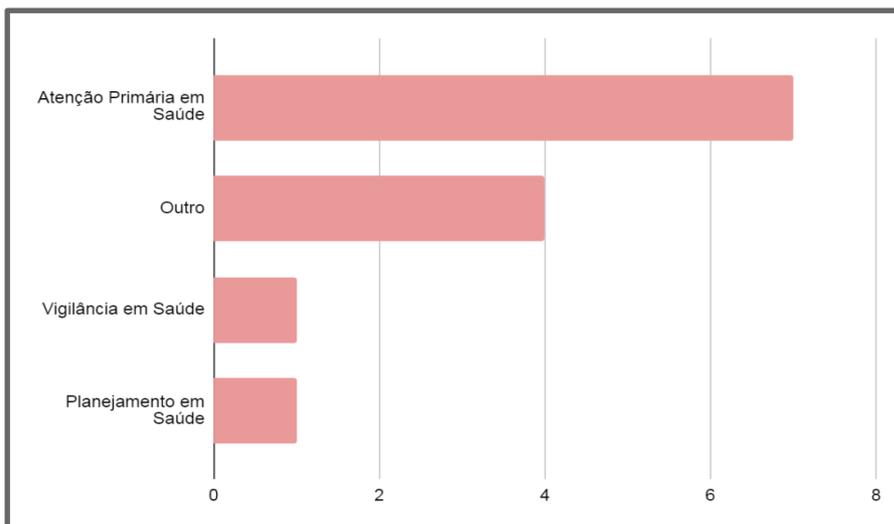
Gráfico 3 - Recursos humanos disponíveis ao setor de saúde indígena dentro das SES.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Sobre a área de vinculação do profissional dentro da SES a pergunta trazia como opções de resposta as seguintes: Atenção Primária em Saúde; Atenção secundária e terciária; Vigilância em Saúde; Planejamento em Saúde; e outro.

Gráfico 4 - Área em que o profissional/setor da saúde indígena está vinculado dentro da SES.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Ninguém manifestou pertencer a setores e/ou departamentos de atenção secundária e terciária, enquanto 53,8% (7) relataram pertencer a áreas vinculadas a APS. A opção “outro” foi assinalada por 4 participantes (30,8%), enquanto um sinalizou pertencer a área vinculada à vigilância em saúde e um vinculado ao planejamento em saúde.

A sexta questão tratava de uma pergunta aberta no qual os participantes deveriam discorrer sobre o seu entendimento sobre o conceito de saúde. Para esse questionamento, um participante optou em não responder, somando doze respostas para essa questão. Dessas, 8 respostas exploraram o conceito da OMS que faz referência a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade”, sendo que quatro dessas também vinculavam a saúde também a DSS⁸; as outras 4 respostas trouxeram como referência o termo “vida”, mas que de certa forma também traziam referência aos determinantes sociais à medida que vinculavam saúde à possibilidade de viver em plenitude.

A sétima questão solicitava exemplos de ações e atividades que a secretaria que o profissional se encontrava vinculado desempenhava na atenção à saúde dos povos indígenas. Ao todo foram listadas 39 ações e atividades, sendo oito específicas do enfrentamento ao COVID-19. Abaixo segue o rol de exemplos, os relatos foram sintetizados preservando a ação central descrita.

⁸ Carrapato, Correia e Garcia (2017) trazem abordagem interessante sobre os conceitos de determinantes sociais, os tipos de determinantes, atrelado ao debate de equidade.

Quadro 1 - Rol de ações desenvolvidas pelos setores de saúde indígena nas SES, compilado a partir das respostas dos participantes.

1. Articulação de ações entre programas e políticas da SES com DSEI;
2. Apoio de ações de educação permanente junto ao DSEI;
3. Articulação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando as especificidades culturais dos povos indígenas;
4. Representação da SES nos espaços de controle social da saúde indígena;
5. Promoção da inserção da temática da saúde indígena nos instrumentos de planejamento em saúde;
6. Fomento a integralidade das ações de saúde destinadas aos povos indígenas;
7. Cofinanciamento da saúde dos povos indígenas, com destinação de recursos específicos para a pauta;
8. Formulação de normativas e documentos orientadores sobre as especificidades dos povos indígenas e atenção à saúde diferenciada;
9. Implementação o Grupo Condutor e/ou Comissão Estadual de Saúde Indígena, com objetivo de tratar internamente a SES temas referentes aos povos indígenas;
10. Acompanhamento, monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelas ações de saúde indígena;
11. Apoio a implementação da PNASPI no estado;
12. Planejamento, gestão e avaliação políticas públicas, voltadas aos povos indígenas;
13. Monitoramento das condições de saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas pelos indígenas, em colaboração a outras áreas técnicas;
14. Articulação junto aos municípios a adesão ao Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAE PI);
15. Qualificação de profissionais de saúde indígena;
16. Sensibilização de profissionais da atenção hospitalar estadual para o acolhimento humanizado dos povos indígenas;
17. Qualificação de profissionais do SUS para atuação intercultural e integral aos povos indígenas;
18. Apoio no fornecimento de materiais e insumos ao DSEI;
19. Apoio técnico os municípios que possuem população indígena;
20. Desenvolvimento de pesquisas a respeito dos povos indígenas, sua cultura e situação de saúde;
21. Interlocução com órgãos e instituições indigenistas, bem como movimentos sociais indígena;
22. Pactuação de fluxos, ações e parcerias junto a órgãos e instituições indigenistas;
23. Capacitação equipes de saúde municipais para atuar junto aos indígenas;
24. Estabelecimento de parcerias entre regionais de saúde, municípios e SASI;
25. Realização de ações de saúde nos territórios indígenas;
26. Disponibilização de insumos e EPIs para profissionais de saúde indígena;
27. Manutenção de canais de comunicação ativos junto ao DSEI;
28. Articulação interna a SES questões relativas à saúde dos povos indígenas;
29. Promoção do acesso dos indígenas ao cuidado em saúde de qualidade e integral;
30. Articulação para que às especificidades indígenas estejam contempladas nas linhas de cuidado em saúde, estabelecidas no âmbito do SUS;
31. Articulação junto a união, municípios, movimentos sociais e lideranças indígenas;
32. Elaboração de plano de ações estadual para o enfrentamento do COVID-19 junto aos indígenas;
33. Instituição centro de operações emergenciais para o enfrentamento a COVID-19 com a participação do DSEI;
34. Elaboração e distribuição de materiais de educação em saúde para o enfrentamento a COVID-19, em vários idiomas, em parceria com universidades;
35. Disponibilização de EPI aos povos indígenas;
36. Intensificação da cobertura vacinal contra influenza para os povos indígenas;
37. Realização de ações de controle sanitário nas aldeias indígenas, para minimizar a exposição ao COVID-19;
38. Realização de ações intersetoriais (Médicos Sem Fronteiras, SESAI, Ministério Público Federal, Comando Militar) para o enfrentamento a COVID-19 nas áreas indígenas;
39. Implantação do guia orientador para enfrentamento da COVID-19, elaborado em parceria com CONASS, CONASEMS, COSEMS e DSEI.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Na questão que tratava sobre o entendimento do termo “complementar” utilizado para se referir a responsabilidade dos estados e municípios na saúde indígena, as respostas trouxeram diferentes entendimentos. Porém, mais de uma vez o termo foi relacionado a lacunas e insuficiências do SASI. Abaixo segue quadro compilado das respostas para esse questionamento.

Quadro 2 - Síntese dos entendimentos acerca do termo “responsabilidade complementar” utilizado na legislação da saúde indígena.

1. Todas as ações que não são possíveis de se realizar na aldeia cabe aos municípios (exemplo: exames laboratoriais);
2. Ausência de regulamentação prejudica a saúde indígena, porque deixa a saúde dos indígenas exposta a sensibilidade do gestor;
3. Atuar para suprir lacunas existentes, no sentido de proporcionar atenção integral
4. Atuar para que a rede promova a integralidade do cuidado
5. Auxiliar na execução das políticas públicas de saúde indígena, principalmente naquelas onde outros entes não conseguem desempenhar com eficiência
6. Apoio técnico aos municípios, nos processos regulatórios e ações educativas para profissionais
7. Atenção adicional ao que já é feito pela SESAI e a média e alta complexidade
8. Adotar um modelo de proteção, promoção e recuperação da saúde que garanta aos indígenas o exercício da cidadania.
9. Parceria entre estados e municípios na prestação da atenção diferenciada na sua rede de saúde, quando necessário.
10. Todas as vezes que a atenção é insuficiente o estado deve complementá-la, mas entende que isso é difícil devido ao formato de gestão do sistema de saúde, a autonomia dos municípios.
11. Eticamente corresponsável pela atenção à saúde dos povos indígenas que vivem no seu estado.
12. Não ser responsável direto, pois já há um órgão que atua na garantia do atendimento, mas ao mesmo tempo considerar que o indígena também faz parte dos municípios e tem seus direitos como qualquer outro.
13. Se ocupar da atenção secundária e terciária.

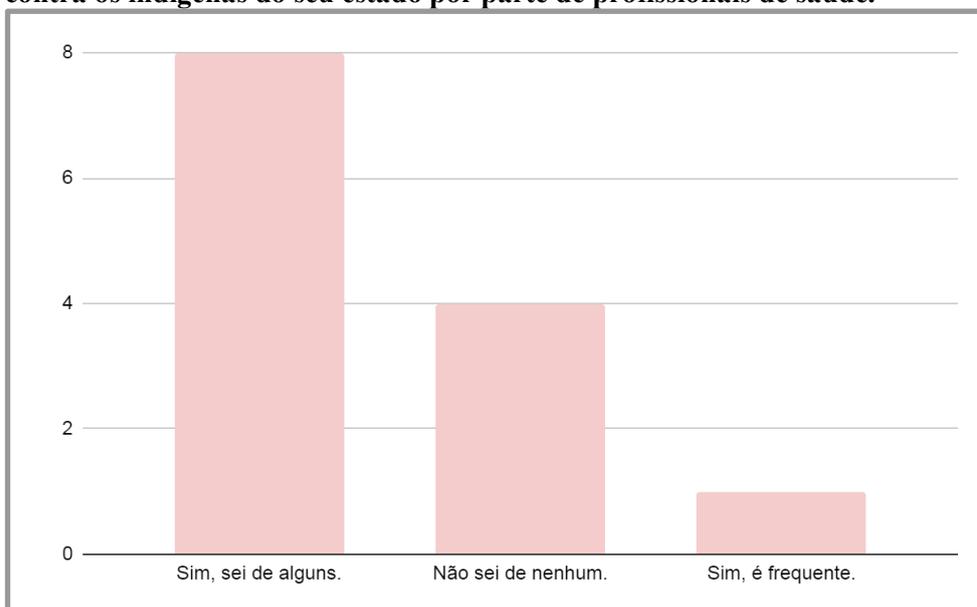
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A respeito da destinação de recursos financeiros para a saúde dos povos indígenas, apenas dois estados sinalizaram positivamente, sendo um no formato de resolução e outro em formato de portaria. Um estado se manifestou quando a existência de um recurso temporário, fruto de algum tipo de ajuste de contas do seu estado, mas com vigência restrita.

Quando questionados a respeito da permeabilidade das pautas indígenas as demais áreas, setores e departamentos da própria SES apenas 4 responderam que o tema é trabalhado transversalmente, os demais apesar de identificarem como importante relatam ter isso como desafio e que exige um grande trabalho da área impulsionar esse processo junto às demais.

Uma das questões abordou se o profissional tinha conhecimento ou vivência de conflitos, violência ou racismo contra os povos indígenas do seu estado por parte dos profissionais de saúde. As opções de resposta eram: sim, sei de alguns; não sei de nenhum; sim, é frequente.

Gráfico 5 - Compilado de respostas sobre as experiências de conflitos, violência ou racismo contra os indígenas do seu estado por parte de profissionais de saúde.



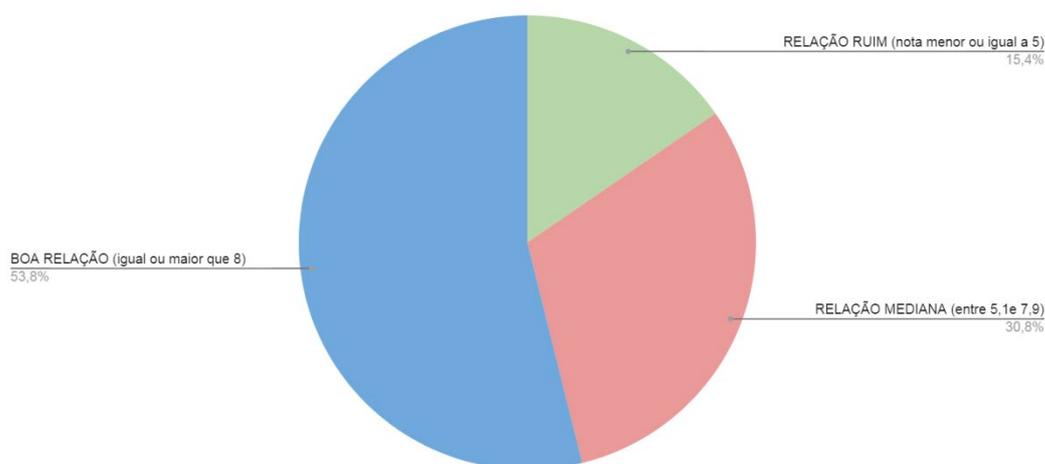
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Dos 13 respondentes, 8 sinalizaram ter conhecimento de algum tipo de conflito, violência ou racismo entre os indígenas e gestores/profissionais de saúde (municipais e/ou estaduais). Outros 4 relataram não ter conhecimento, mas infelizmente um respondente relatou ter conhecimento e ser algo frequente.

Nas questões sobre controle social, 7 responderam que o CES contava com representação dos indígenas como conselheiros, enquanto 6 sinalizaram que esse espaço ainda não é dado aos indígenas. Contudo, quando questionados se ocupavam o lugar de conselheiro (representando a sua SES) no CONDISI ao qual os indígenas do seu estado estão vinculados 8 responderam ser conselheiros distritais de saúde indígena; dois que não eram representantes; um respondeu que um outro colega da secretaria desempenhava esse papel; e apenas um respondeu não haver representação da sua SES no CONDISI.

Sobre os DSEI 8 estados afirmaram que o DSEI de referência tem sede no território do seu estado, enquanto outros 5 sinalizaram que o DSEI de referência não se localiza dentro do seu estado. Também foi solicitado aos participantes que avaliassem a sua relação com os DSEI e 53% avaliou ter uma boa relação.

Gráfico 6 - Avaliação da relação da SES com DSEI de referência.

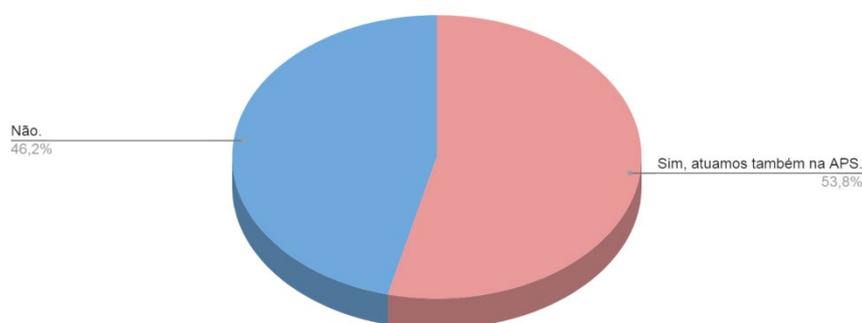


Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Apesar de pouco mais da metade ter avaliado ter uma boa relação com o DSEI, 30,8% ainda sinalizaram ter uma relação mediana. É importante lembrar que há estados nos quais a população indígena encontra-se vinculada a mais de um DSEI, ampliando a complexidade das relações, além de percentual significativo não ter a proximidade física do DSEI visto esse se localizar em outro estado.

Passando para questões sobre a APS, os participantes foram questionados se em sua vivência a atuação da sua secretaria e dos municípios do seu estado também se dava no âmbito da APS indígena ou se apenas o SASI desempenhava essa função.

Gráfico 7 - Atuação dos estados e municípios na APS indígena.



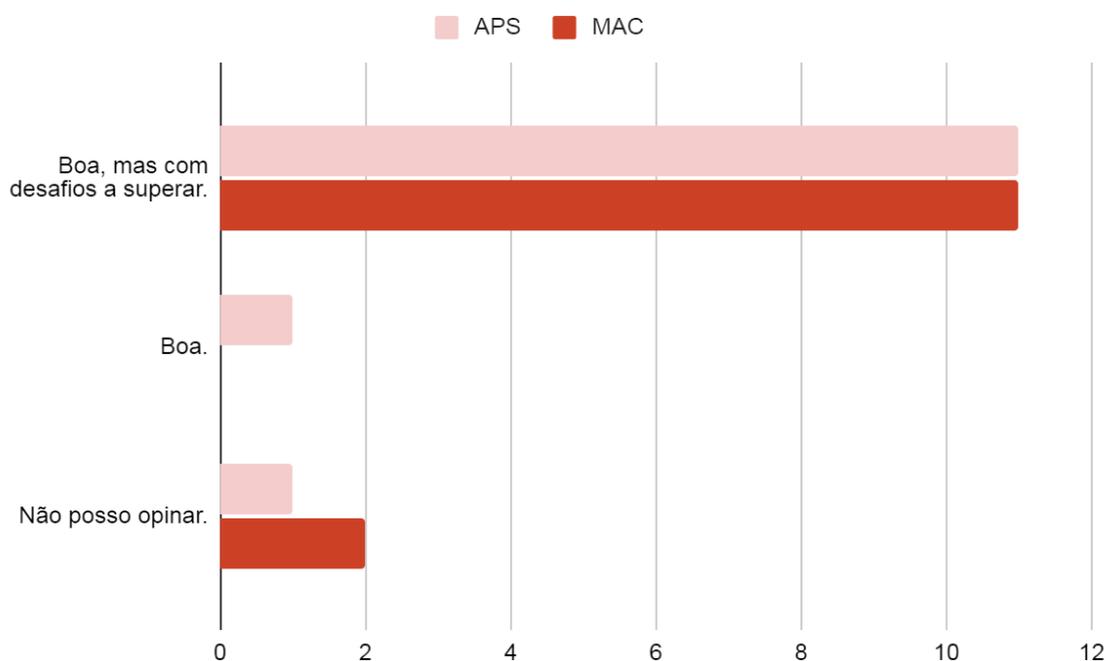
Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

As respostas apresentaram que em 46,2% desses estados a APS indígena tem sido ofertada no âmbito do SASI, enquanto 53,8% vivenciavam a experiência de atuação dos demais

entes, conforme resposta dos profissionais estaduais. Na questão seguinte aqueles que responderam “sim” para esse questionamento deveriam avaliar quais as motivações para que o estado e municípios também atuassem na APS indígena. E o conteúdo das respostas foi revelador, pois apontou inclusive que essa atuação se dava para garantir o acesso da população indígena que não se encontrava aldeada e com isso não contava com o SASI, bem como casos de populações recentes e com irregularidades territoriais. Foi apresentado que a atuação se dava em situações de acesso a exames complementares e medicamentos; em ações conjuntas entre DSEI e demais entes em projetos e ações; e também situações em que os próprios indígenas faziam a opção por acessar a APS municipal devido à proximidade e realização de outras atividades nos centros urbanos.

A respeito da qualidade da APS e da MAC ofertada aos indígenas do seu território, nenhum dos respondentes afirmou que a qualidade era ruim. Tanto para a qualidade da APS quanto da MAC onze responderam a opção “boa, mas com desafios a superar” para ambas. Além disso, um profissional avaliou a APS com a opção “boa” e um afirmou não poder opinar. Já para MAC ninguém avaliou como “boa” e dois sinalizaram não poder opinar.

Gráfico 8 - Qualidade da APS e da atenção na Média e Alta Complexidade (MAC) ofertada aos indígenas.

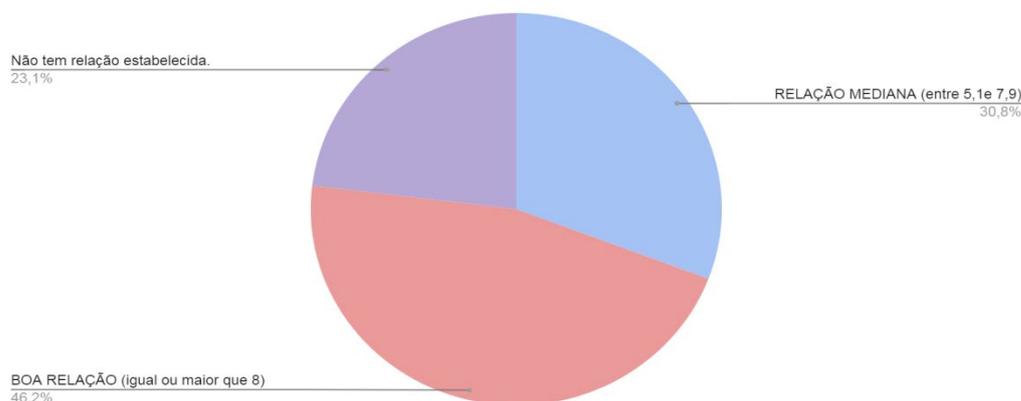


Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A respeito da intersetorialidade, a FUNAI foi o órgão que mais apareceu entre as respostas e as listadas foram a educação, desenvolvimento social, direitos humanos e cultura. Na área da educação foi reforçada em mais de um caso a parceria com as universidades.

Sobre a relação com as lideranças indígenas, infelizmente, 23,1% afirmaram não ter uma relação estabelecida. Além disso, 30,8% avaliaram ter uma relação mediana. Apesar dos desafios que isso representa, 46,2% afirmaram ter uma boa relação com as lideranças indígenas.

Gráfico 9 - Avaliação da relação com as lideranças indígenas.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Apesar de mais da metade dos profissionais ter relatado ter uma relação mediana ou não ter relação estabelecida com as lideranças (somam juntos 53,8%) quando questionados se os indígenas buscavam a SES para resolver demandas, apenas dois respondentes afirmaram que a SES não era procurada. Enquanto isso, 9 citaram que foram acionados por problemas na atenção especializada, na regulação de serviços, para solicitação de medicamentos e insumos, para a construção de unidades de saúde e problemas de relacionamento com os municípios. Um participante do estudo citou que o acionamento da SES pelos indígenas era feito via conselho ou comissões e um último afirmou ser acionado, mas pouco visto que os municípios e o DSEI encaminhavam quase todas as questões sem necessidade de acionamento direto dos indígenas ao estado.

Sobre a relação entre a SES e o SASI quando questionados se avaliavam que a atuação das SES na saúde indígena fortalecia ou enfraquecia o subsistema, 8 responderam que essa atuação fortalecia o SASI. Entretanto, outros 4 participantes condicionaram o fortalecimento a uma boa relação e parceria entre as instituições, além disso um outro participante citou que fortalece, mas que sente falta da regulamentação da atuação das SES junto ao subsistema.

Por fim, no espaço que foi deixado para os participantes da pesquisa acrescentarem informações que avaliavam pertinentes ao tema foi citado que a participação dos DSEI nas CIB

e CIR vinha auxiliando no alinhamento e comunicação. Entre as questões que sentiam falta ou problemas foi apresentada a alta rotatividade dos profissionais da saúde indígena, a ausência de comunicação entre os sistemas de informação, a ausência da definição de competências para os estados e o impacto negativo que se estendia a todo o estado quando as relações entre o DSEI e municípios não eram boas.

5.3 DESENHANDO COMPETÊNCIAS PARA O GESTOR ESTADUAL NA SAÚDE INDÍGENA

Após longo percurso, casos, vivências e panoramas é hora de encaixar as “peças”. Para que isso aconteça temos que assumir que o termo “complementar” não é uma boa opção para definir competências para alguém, no caso um estado. No percurso é possível ver que não há clareza quanto ao que o termo faz referência e que também não um entendimento compartilhado sobre ele, mas que em diferentes situações são vivenciados problemas na saúde indígena devido a essa ausência de clareza, da indefinição que o termo coloca ao cotidiano.

Feito isso compreender que os desenhos feitos aqui têm como base as realidades descritas, analisadas e expostas e certamente não compreenderá um rol taxativo e fechado de competências, mas diria que foi possível traçar um rol mínimo de competências para os estados na saúde indígena. E, além disso, saber que no percurso foram colocadas formas de atuação que são conjuntas a outros departamentos, além do setor onde localiza-se a política de saúde indígena nas SES, além de um nível de atenção à saúde, mas que representam um papel do gestor estadual. E em outro momento há competências que podem ser concorrentes, se apresentam como competências para o gestor estadual, mas que não retira essa competência do gestor federal nem do municipal compartilha-se.

Dito isso, durante a análise documental foi se delimitando e sistematizando as competências trazidas pelos casos e que se apresentam no quadro três.

Quadro 3 - Sistematização de competências dos gestores estaduais do SUS, a partir dos casos da SES-RS.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover a política de saúde indígena em todo território do estado do RS; 2. Fomentar a institucionalização de um regime de colaboração entre união, estados e municípios com vistas a implementação contínua da política de saúde indígena em todos os níveis de atenção à saúde; 3. Estabelecer vínculos comunitários junto aos povos indígenas; 4. Realizar escuta ativa das comunidades indígenas como forma de acompanhamento da política de saúde indígena; 5. Mediar conflitos e agenciar demandas indígenas no âmbito dos municípios, em conjunto a órgãos e políticas indigenistas; 6. Identificar atores estratégicos e articular intersetorialmente demandas indígenas de saúde e aquelas relacionadas aos seus determinantes sociais; |
|---|

7. Assessorar internamente as demais áreas, departamentos e secretarias de estado em questões relativas à saúde dos povos indígenas;
8. Promover e fomentar a formação e capacitação de profissionais para atuação junto aos povos indígenas, em contextos interculturais, respeitando sua medicina tradicional;
9. Desenvolver processos contínuos de qualificação do trabalho em saúde com enfoque na oferta de uma atenção diferenciada aos povos indígenas nos distintos níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária);
10. Sensibilizar gestores municipais para que questões referentes à saúde dos povos indígenas e suas especificidades estejam garantidas nos processos de qualificação da APS e dos demais níveis de atenção à saúde;
11. Apoiar e promover a participação dos indígenas nos distintos espaços de controle social no SUS;
12. Fomentar e produzir estudos e pesquisas sobre temas relativos à demografia, situação de saúde dos povos indígenas, desigualdades sociais e condições de acesso a serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Durante o estudo dos casos essas competências eram trazidas e reafirmadas, constituindo-se o campo de ação dos estados na experiência prática e sintetizados em um rol de 12 competências. Contudo, na construção do panorama nacional foram citadas 31 ações (excluídas as 8 relativas ao enfrentamento do COVID-19, pela sua transitoriedade e excepcionalidade) as quais em analisar uma a uma, a luz dos estudos trazidos até aqui e contrapondo ao que foi explicitado na realidade do RS por meio dos casos, e verificando se traduzem as competências estaduais. Para isso fez uma tabela em que em uma coluna consta a ação listada pelos participantes da pesquisa; na segunda as análises pertinentes a essa ação e validação enquanto competência ou não; e na terceira a transposição dessa ação em competência, nos casos que se aplique.

Quadro 4 - Quadro analítico de ações descritas por profissionais das SES e sua transposição a competências para o gestor estadual do SUS na saúde indígena.

	AÇÃO LISTADA	ANÁLISE	DESCRIÇÃO DA COMPETÊNCIA
1	Articulação de ações entre programas e políticas da SES com DSEI;	Importante ação e que foi tratada nos casos. Foi falado sobre o descolamento dos indígenas das demais políticas de saúde; casos em que o indígena necessitava acessar serviços ou insumos vinculados a outras políticas e programas e por vezes não conseguia acessar. Além disso, foram trazidos problemas referentes a essa desarticulação entre DSEI e demais políticas.	Articular programas e políticas de saúde, sob gestão estadual, ao SASI.
2	Apoio de ações de educação permanente junto ao DSEI;	O percurso demonstra que o papel de apoiar é fundamental aos estados na saúde indígena. Avalia-se que essa função de apoio deve ser extensiva e não apenas a ações de educação permanente.	Apoiar e colaborar com os DSEI na gestão de serviços e execução de ações junto aos povos indígenas presentes no território do estado.
3	Articulação e organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), observando as especificidades culturais dos povos indígenas.	Isso foi apresentado como um desafio ou entrave em vários momentos nos casos e nas respostas ao questionário. Identifica-se como desafio até mesmo pautar essa organização, pois os avanços nas relações se deram no âmbito da APS. Com isso, é necessário assumir as limitações para a consecução desta ação e consequentemente para tê-la como competência.	Promover a articulação da RAS ao SASI, garantindo atenção integral e diferenciada aos indígenas em toda a rede;
4	Representação da SES nos espaços de controle social da saúde indígena;	Fundamental para uma atuação efetiva e também apresentada no decorrer da tese.	Garantir a representação da SES nos espaços de controle social da saúde indígena;
5	Promoção da inserção da temática da saúde indígena nos instrumentos de planejamento em saúde;	Nessa ação identifica-se competência enquanto estado de "garantir" nos seus instrumentos e de "promover" junto aos municípios para que também esteja contemplada em âmbito municipal. Também nota-se que "garantir" encontra-se relacionado à competência de assessoramento interno já listada, mas que visto a importância do planejamento para a destinação de recursos financeiros, desenvolvimento de políticas públicas bem como sua avaliação e monitoramento faz-se necessário listar uma competência com essa finalidade exclusiva.	Garantir a inserção das questões relativas à saúde dos povos indígenas nos instrumentos de planejamento em saúde estaduais, bem como promover o mesmo movimento junto aos municípios;

6	Fomento a integralidade das ações de saúde destinadas aos povos indígenas;	Avalia-se que fomentar a integralidade não se traduz em competência, mas sim que ela é alcançada com a operacionalização de várias outras competências.	
7	Cofinanciamento da saúde dos povos indígenas, com destinação de recursos específicos para a pauta;	Essa ação está intimamente relacionada aos termos da Lei n.º 9.836/99 visto que ela cita a destinação de recursos próprios dos estados à saúde indígena como uma possibilidade.	Cofinanciar a atenção à saúde dos povos indígenas;
8	Formulação de normativas e documentos orientadores sobre as especificidades dos povos indígenas e atenção à saúde diferenciada;	A informação é uma forma de atuar sobre a discriminação e o preconceito, além disso ações como essa tem potencial de minimizar conflitos relativos ao acesso a serviços de saúde como os citados durante os casos. Contudo, nota-se limitação quanto às normativas, não se aplicando a normatizar questões relativas a especificidades ou atenção diferenciada. Para essas questões avalia-se mais efetiva a formação e qualificação de profissionais, por exemplo, já citadas. Contemplada parcialmente nas competências 8, 9 e 10.	
9	Implementação o Grupo Condutor e/ou Comissão Estadual de Saúde Indígena, com objetivo de tratar internamente a SES temas referentes aos povos indígenas;	No RS não se observa avanço nesse sentido, mas entendo que essa seja uma importante ação relacionada a algo mais amplo que é garantir a transversalidade das questões indígenas.	Garantir a transversalidade das questões relativas à saúde dos povos indígenas o âmbito da SES, por meio da implementação de grupo condutor e/ou comissão estadual de saúde indígena;
10	Acompanhamento, monitoramento e avaliação dos resultados alcançados pelas ações de saúde indígena;	Tendo em vista os relatos da tese na configuração atual, monitoramento e avaliação são inviáveis para as SES visto a ausência de acesso às informações de saúde indígena essenciais para isso. E também se apresenta como empecilho enquanto estado propor-se a avaliar e monitorar ações sob gestão federal, mas compete o acompanhamento da situação de saúde desses povos.	Garantir o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde dos povos indígenas;
11	Apoio a implementação da PNASPI no estado;	Fundamental, avalia-se que está contemplada entre as competências 1 e 2 já listadas.	

12	Planejamento, gestão e avaliação políticas públicas voltadas aos povos indígenas;	Generalista e incorre nos mesmos empecilhos relativos a gestão federal. Não se traduz como competência a luz dos casos e resultados dos questionários.	
13	Monitoramento das condições de saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas pelos indígenas, em colaboração a outras áreas técnicas;	Entende-se que não se faz necessário para o desenho de competências gerais/mínimas o aprofundamento temático, visto que seria necessário fazer o mesmo caminho para outras políticas de saúde como as destinadas à mulher e criança. No entanto, em realidades regionais em que esses problemas são exacerbados e sensíveis seja importante constar explicitamente. Para casos distintos desses avalia-se que essa ação esteja contemplada nas competências relativas a apoio aos DSEI, assessoramento interno às SES e relativas ao acesso a RAS.	
14	Articulação junto aos municípios a adesão ao Incentivo da Atenção Especializada aos Povos Indígenas;	Identifica-se que por trás desta ação haja algo que ainda não foi trazido, mas que pode auxiliar municípios e serviços a atuar de forma diferenciada e investir nisso. Que se trata da captação de recursos.	Estimular gestores municipais e serviços de saúde a captação de recursos financeiros para atenção à saúde indígena;
15	Qualificação de profissionais de saúde indígena;	Contemplada no apoio aos DSEI, já descrito, e também como competência de qualificação para profissionais além do SASI.	
16	Sensibilização de profissionais da atenção hospitalar estadual para o acolhimento humanizado dos povos indígenas;	Encontra-se contemplada na competência 9, relativo à qualificação do trabalho em saúde em todos os níveis de atenção à saúde.	
17	Qualificação de profissionais do SUS para atuação intercultural e integral aos povos indígenas;	Encontra-se contemplada nas competências 8 e 9.	

18	Apoio no fornecimento de materiais e insumos ao DSEI;	Não deveria figurar entre as competências dos estados, visto que a união deve garantir os insumos necessários ao completo funcionamento do SASI. Função do estado é garantir que o SASI funcione e estar atento a situações de indisponibilidade de insumos necessários ao funcionamento dos serviços do subsistema e acionar órgãos de controle e fiscalização. O mais coerente é que se figure como responsabilidade dos municípios, em caráter complementar.	
19	Apoio técnico os municípios que possuem população indígena;	Amplamente colocada a fragilidade dos gestores e serviços municipais e competência primordial para os estados.	Apoiar tecnicamente os municípios com população indígena;
20	Desenvolvimento de pesquisas a respeito dos povos indígenas, sua cultura e situação de saúde;	Contemplada na competência 12 já listada.	
21	Interlocução com órgãos e instituições indigenistas, bem como movimentos sociais indígena;	Contemplada nas competências 5 e 6 já listadas.	
22	Pactuação de fluxos, ações e parcerias junto a órgãos e instituições indigenistas;	Contemplada nas competências 5 e 6 já listadas.	
23	Capacitação equipes de saúde municipais para atuar junto aos indígenas;	Contemplada nas competências 8, 9 e 10	
24	Estabelecimento de parcerias entre regionais de saúde, municípios e SASI;	Contemplada na competência 2.	
25	Realização de ações de saúde nos territórios indígenas;	Entende-se que essa ação esteja contemplada no item: Articular programas e políticas de saúde, sob gestão estadual, ao SASI; e naqueles relativos a apoio ao DSEI.	

26	Disponibilização de insumos e EPIs para profissionais de saúde indígena;	A responsabilidade pela disponibilização de EPIs é de quem contrata o profissional, no caso as SES não realizam contratação de profissionais para as EMSI ou mais profissionais do SASI. Contudo, situações como essa devem figurar como exceções em momentos de calamidade pública, a exemplo a pandemia de COVID-19 quando a aquisição desses insumos ficou comprometida devido à alta demanda, são de fundamental importância para a minimização da exposição dos indígenas e dos profissionais ao vírus, mas acontece em caráter excepcional e temporário, transitório. Exercendo assim retaguarda, complementaridade, mas não usurpando competência de outro ente.	Disponibilizar insumos e materiais necessários ao trabalho das EMSI, em caráter excepcional e transitório, devido a emergências sanitárias ou calamidade pública.
27	Manutenção de canais de comunicação ativos junto ao DSEI;	Contemplada na competência 2.	
28	Articulação interna a SES questões relativas à saúde dos povos indígenas;	Avalia-se que a inserção do termo "articular" a competência 7 seja importante, pois o assessoramento não pressupõe a articulação que também é necessária e ainda não está mencionada.	Articular e assessorar internamente as demais áreas, departamentos e secretarias de estado em questões relativas à saúde dos povos indígenas;
29	Promoção do acesso dos indígenas ao cuidado em saúde de qualidade e integral;	Mesmas considerações do item 6 desta lista a respeito da integralidade.	
30	Articulação para que às especificidades indígenas estejam contempladas nas linhas de cuidado em saúde, estabelecidas no âmbito do SUS;	Entende-se que estão intrínsecas as competências relativas à formação e qualificação de profissionais e aquelas relativas a RAS, já mencionadas.	
31	Articulação junto a união, municípios, movimentos sociais e lideranças indígenas;	A articulação entre os entes federados já está contida na competência 2; e aquelas relativas aos indígenas nas competências 3 e 4.	

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Apresentado o quadro analítico e as competências resultantes dele junto às competências listadas anteriormente chegamos a um rol exemplificativo de competências pertinentes aos gestores estaduais do SUS na saúde indígena. Ao todo, somaram 23 competências formuladas a partir dos casos experienciados na Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, da SES-RS, e dos resultados dos questionários aplicados com os profissionais vinculados à pauta da saúde indígena de 13 Secretarias de Estado da Saúde brasileiras.

Essas 23 competências versam sobre o apoio ao subsistema, bem como as ações desenvolvidas por ele; sobre a relação entre os estados e os indígenas; fortalecimento do controle social; formação de recursos humanos; formas de subsidiar e apoiar os municípios; estabelecimento de relações intersetoriais; cofinanciamento; entre outros.

Interessante observar que após a análise das 31 ações listadas pelos profissionais dos estados como exemplos de ações desenvolvidas na sua esfera de trabalho junto aos indígenas, 20 delas já se encontravam relacionadas de alguma maneira às competências e funções levantadas nos casos do RS. Já as outras 11 ações se vinculavam a competências ainda não descritas. Dessa maneira, infere-se que apesar de não haver documento anterior relativo à descrição das competências estaduais na saúde indígena os estados vêm apresentando um escopo de atuação similar.

Importante ressaltar que as funções levantadas entre os casos do RS assim como as ações citadas pelos profissionais estaduais não configuram a totalidade de funções possíveis e nem as esgota, pois a pesquisa a respeito dos casos tem um recorte temporal e também quanto ao tipo de documentos estudados bem como as ações listadas pelos profissionais estaduais foram colocadas em caráter exemplificativo. Desse modo, as competências encontradas compõem funções exercidas de forma rotineira na realidade dessas SES, representando assim um quadro exemplificativo. Com isso, avalia-se que alcançamos um dos objetivos propostos a respeito do levantamento de competências e/ou funções cabíveis aos estados na saúde dos povos indígenas.

Contudo, segue o compilado dessas informações em um quadro exemplificativo de competências dos gestores estaduais do SUS na atenção à saúde dos povos indígenas.

Quadro 5 - Quadro exemplificativo de competências dos gestores estaduais do SUS na saúde indígena.

1. Promover a política de saúde indígena em todo território do estado do RS;
2. Fomentar a institucionalização de um regime de colaboração entre união, estados e municípios com vistas a implementação contínua da política de saúde indígena em todos os níveis de atenção à saúde;
3. Apoiar e colaborar com o SASI na gestão de serviços e execução de ações junto aos povos indígenas presentes no território do estado;
4. Promover a articulação da RAS ao SASI, garantindo uma atenção diferenciada aos povos indígenas em toda a rede;
5. Apoiar tecnicamente os municípios com população indígena;
6. Estabelecer vínculos comunitários junto aos povos indígenas;
7. Realizar escuta ativa das comunidades indígenas como forma de acompanhamento da política de saúde indígena;
8. Mediar conflitos e agenciar demandas indígenas no âmbito dos municípios, em conjunto a órgãos e políticas indigenistas;
9. Identificar atores estratégicos e articular intersetorialmente demandas indígenas de saúde e aquelas relacionadas aos seus determinantes sociais;
10. Apoiar e promover a participação dos indígenas nos distintos espaços de controle social no SUS;
11. Garantir a representação da SES nos espaços de controle social da saúde indígena;
12. Garantir o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde dos povos indígenas;
13. Articular programas e políticas de saúde, sob gestão estadual, ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

14. Articular e assessorar internamente junto às demais áreas, departamentos e secretarias de estado em questões relativas à saúde dos povos indígenas;
15. Garantir a transversalidade das questões relativas à saúde dos povos indígenas o âmbito da SES, por meio da implementação de grupo condutor e/ou comissão estadual de saúde indígena;
16. Garantir a inserção das questões relativas à saúde dos povos indígenas nos instrumentos de planejamento em saúde estaduais, bem como promover o mesmo movimento junto aos municípios;
17. Promover e fomentar a formação e capacitação de profissionais para atuação junto aos povos indígenas, em contextos interculturais, respeitando sua medicina tradicional;
18. Desenvolver processos contínuos de qualificação do trabalho em saúde com enfoque na oferta de uma atenção diferenciada aos povos indígenas nos distintos níveis de atenção à saúde;
19. Sensibilizar gestores municipais para que questões referentes à saúde dos povos indígenas e suas especificidades estejam garantidas nos processos de qualificação da APS e dos demais níveis de atenção à saúde;
20. Cofinanciar a atenção à saúde dos povos indígenas;
21. Estimular gestores municipais e serviços de saúde a captação de recursos financeiros para atenção à saúde indígena;
22. Fomentar e produzir estudos e pesquisas sobre temas relativos à demografia, situação de saúde dos povos indígenas, desigualdades sociais e condições de acesso a serviços de saúde;
23. Dispor insumos e materiais necessários ao trabalho das EMSI, em caráter excepcional e transitório, devido a emergências sanitárias ou calamidade pública.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Este quadro pode se adequar às realidades regionais tanto dos estados quanto dos povos indígenas que nele estão. Os textos descritivos de cada competência também podem ser adequados, reescritos, no entanto, a mensagem final deverá ser unânime, pois se trata de como os estados se colocam frente a política pública de saúde indígena. Outro ponto observado é que todas as competências se encontram direcionadas a duas questões centrais: garantia de atenção integral e diferenciada aos povos indígenas.

No escopo de atuação desenhado aqui avançamos em pensar que o compromisso dos estados bem como de outros entes é somente garantir acesso à saúde (o que já sobremaneira desafiador), mas se trata do entendimento de que os indígenas em tempos atuais necessitam mais que acessar os serviços, é preciso que eles reconheçam e respeitem sua diversidade, sua cultura, sua medicina tradicional. Enquanto isso, tratar sobre integralidade reforça um importante princípio do SUS e reafirma direitos sociais dos indígenas, o que é primordial ao avanço das políticas públicas destinadas a esses povos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esse percurso me encontro ainda mais intrigada com a política de saúde indígena e sobre o quanto é complexo transpor as normas aos contextos reais. No entanto, também me sinto feliz em poder contribuir de alguma maneira para as reflexões sobre a saúde dos povos indígenas e com o trabalho de profissionais engajados do SUS que assumem cotidianamente a luta pelos direitos indígenas no âmbito dos serviços de saúde. Também me dá algum contentamento a possibilidade de intrigar mais gente após essa leitura, pois quanto mais intrigados estivermos mais buscaremos novas formas de olhar e ver essa política e contribuir para sua operacionalização.

Dessa maneira, ainda sobre os compromissos firmados há muito o que discorrer. O dicionário define que o termo “complementar” quando utilizado como adjetivo refere-se “ao que completa o todo; que adiciona ou que concluiu alguma coisa” (DICIO, 2020, p. 1). Observado o significado literal dizer que a atuação dos municípios e estados é “complementar” seria o mesmo que dizer que: a atuação de estados e municípios completa, adiciona ou conclui a atenção à saúde dos indígenas.

Esse entendimento contrapõe a ideia de que a competência dos estados e dos municípios esteja reservada a um ou outro nível de atenção, como citado por alguns profissionais estaduais quando questionados sobre o seu entendimento a respeito do termo e esses o relacionaram à atuação na MAC. Porém, nas respostas a esse questionamento foi dado um exemplo bem elucidativo: “todas as ações que não são possíveis de serem realizadas na aldeia cabe aos municípios, como exemplo os exames laboratoriais”. Reflitam, pressuponho que o SASI esteja oferecendo os serviços na aldeia de forma satisfatória (nessa realidade), a partir disso não seria oportuno ou viável dispor de estrutura laboratorial em cada aldeia, então quando o município garante o acesso ao exame que se faz necessário ele adiciona um serviço necessário a atenção à saúde daquele indígena e quando faz isso atua de forma complementar. Se observarmos o caminho que trilhamos nesta tese, para esse exemplo e para o significado que trouxemos para “atuação complementar” fica claro o quanto a atuação dos estados e municípios é necessária ao SASI independentemente do nível de atenção à saúde.

No entanto, os conteúdos de algumas respostas vincularam o termo complementar à possibilidade de atuação dos estados e municípios por conta própria e com total desvinculação do SASI e, também, que era “suprir lacunas” ou “atuar sempre que o subsistema falha”. Entendo as colocações, pois como trabalhadora do SUS sei que é o que acontece em muitos momentos, se apaga incêndios. Entretanto, é perigoso demais trabalhar sobre a premissa de que o SASI vai

falhar, de que está fadado a falhar. Os elementos trazidos durante a tese apontam que há falhas do SASI no cotidiano dos serviços que podem ser resolvidas a partir do que chamei de regime colaborativo. O exemplo do acesso a exames laboratoriais não é uma falha do SASI, é que por uma infinidade de dificuldades e recursos, não seria razoável manter ou estruturar esses serviços na realidade de muitas aldeias. Porém, incorremos no erro de ficar “esperando o SASI” falhar e com isso quando o indígena necessita acessar esse serviço e se apresentar qualquer problema no agendamento ou no transporte que direcionamos atenção para o caso. Em um relacionamento colaborativo entre estados, municípios e o SASI questões como essa devem ser pactuadas antecipadamente, identificar limitações, demandas por serviços e propor fluxos para que as possíveis falhas ou percalços sejam minimizados.

A respeito da referência a complementaridade como a possibilidade de atuação direta dos municípios e estados na saúde indígena avalia-se ser um entendimento pretensioso demais. Um dos motivos é por que em outros momentos já falhamos demasiadamente no exercício dessa função; outro porque o próprio SASI que foi moldado sobre as demandas dos indígenas, com a competência única e exclusiva de atenção à saúde aos indígenas, com recursos próprios tem apresentado desafios na operacionalização da atenção diferenciada, como estados e municípios seriam capazes de atuar de forma direta na saúde indígena garantindo todas as premissas da PNASPI? Na realidade dos municípios e dos estados, apresentadas e vivenciadas, não consigo vislumbrar caminho possível para isso.

Quando na apresentação dos casos ingressaram situações em que essa atuação direta e descolada do SASI acontece, mas ressaltamos o quanto isso retrocede em direitos indígenas. Situações como essas devem encontrar-se apoiadas no SASI, se o subsistema não tem chegado a determinadas comunidades ou realidades, enquanto aos gestores estaduais e municipais não cabem aceitar que o SASI ignore essas realidades. O papel dos demais entes é garantir que estratégias de atuação, de garantia de serviços e de acesso operacionalizadas pelos municípios ou estado encontrem-se, minimamente, sob supervisão e acompanhamento do SASI quando na APS e nos demais níveis que o SASI se disponha a contribuir, com a expertise já alcançada em diversas áreas, na garantia da atenção diferenciada e integral. Para isso também é necessário superar a prepotência e espaço de poder que se criou em torno da SESAI, enquanto “donos da saúde indígena”, pois os donos são os indígenas e esses sim tem dito regras e agenciado necessidades em busca de qualidade.

Resolver os impasses sobre as informações indígenas ao invés das negativas sistemáticas de dispor dessas informações é crucial para que essas populações sejam enxergadas pelos estados e municípios ampliando as possibilidades de um efetivo planejamento em saúde,

de adequação da rede assistencial, destinação orçamentária. É uma negligência abster-se de estabelecer fluxos e formatos para que essas informações transitem de forma segura entre os entes federados com a finalidade gestão da saúde indígena.

Além disso, espero ter contribuído para que os estados se localizem e compreendam nesse campo, pois aqueles que não compreendem seu papel e função são incapazes de orientar, apoiar e indicar caminhos possíveis a outro, que no caso o outro são os municípios. E nos municípios é onde se evidenciam muitas das falhas na atenção à saúde desses povos, como as relatadas. Entre as competências estaduais catalogadas ao menos dez delas estão relacionadas aos municípios, confirmando que ter estados atuantes amplia a articulação, tanto do próprio estado, do SASI e dos indígenas junto a gestores de saúde municipais, ampliando a capacidade do Estado em garantir o acesso dos indígenas à saúde.

Em um panorama geral, a atuação efetiva dos estados, assim como dos municípios, é essencial ao fortalecimento do SASI, pois como vimos, casos em que isso não acontece o sistema vai emperrando, ficando mais difícil, demorado, perdendo qualidade e em alguns casos falhando em prover atenção à saúde aos indígenas. Em caráter colaborativo e técnico, garantir, estruturar e pactuar a atuação dos estados e dos municípios de forma coordenada na política de saúde indígena pode ser o caminho para superar dificuldades latentes no âmbito do SASI. Nesse escopo a atuação desses entes refuta qualquer tese de que a dissolução do subsistema é uma opção. Ademais, os próprios indígenas têm demandado a efetiva ação e resposta tanto de estados quanto de municípios, junto ao subsistema, não há lugar para passividade onde as demandas são por protagonismo.

Certos estão os indígenas, em seguirem mobilizando suas bases e impulsionando as mudanças institucionais nessa política pública. A política pública de saúde indígena do campo normativo tem se distanciado demasiadamente do operacional, mas não significa que devemos nos contentar. O trabalho deve ser, assim como dos indígenas, em alcançarmos no campo operacional aquilo que queremos, almejamos e que se encontra no campo normativo da PNASPI. É urgente reduzirmos essa distância.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. Saúde indígena no Brasil: atual quadro jurídico- administrativo do estado brasileiro e desafios para a garantia do direito à saúde da população indígena. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 115-132, 2008.
- ALBUQUERQUE, M. V. de; RIBEIRO, L. H. L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. 1-14. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-12-e00208720.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.
- ALMEIDA, L. de A.; GOMES, R. C. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, jul./set. 2018.
- ALMEIDA, M. R. C. de. A atuação dos indígenas na história do Brasil: revisões historiográficas. **Rev. Bras. Hist.**, [online], v. 37, n. 75, p. 17-38, aug. 2017.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, n. 2, p. 84-95, 2011. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2011.v29n2/84-95/pt>. Acesso em: 20 set. 2020.
- ALVES, M. L. de F.; GUEDES, H. M.; MARTINS, J. C. A.; CHIANCA, T. C. M. Rede de referência e contrarreferência para o atendimento de urgências em um município do interior de Minas Gerais-Brasil. **Revista Médica Minas Gerais**, v. 25, n. 4, p. 469-475, 2015.
- ANDERSON, I. A.; ROBSON, B.; CONNOLLY, M.; AL-YAMAN, F.; BJERTNESS, E.; KING, A. *et al.* Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. **The Lancet**, v. 388, n. 10040, p. 131-157, Jul. 2016.
- ARAÚJO JUNIOR, . J. O despertar de uma política: as dificuldades de concretização do subsistema de saúde indígena entre 1999 e 2015. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, v. 18, n. 53, p. 41-77, jan./jun. 2019. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/cnr6/documentos-e-publicacoes/artigos/2-o-despertar-de-uma-politica.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ARAÚJO, J.R. de; ARAÚJO FILHO, D. C. de; MACHADO, L. D. S.; GRANGEIRO, R; M. *et al.* Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, [online], v. 43, n. 122, p. 780-792, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912210>. Acesso em: 5 jan. 2021.
- ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Global Health Action**, v. 8, p. 27106. 2015.
- BANIWA, G. L. Movimentos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo. **Tellus**, v. 7, n. 12, p. 127-146, abr. 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO FILHO, H. T. “Protagonismo” como vulnerabilização em demarcação de terras indígenas: o caso do acordo judicial para demarcar a terra Tapeba. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 37, n. 75, 2017.

BARRETO FILHO, H. T. Disciplinando a diversidade cultural: uma perspectiva antropológica sobre a Portaria 14. *In*: SOUZA LIMA, A. C.; BARRETO FILHO, H. T. (org.). **Antropologia e identificação: os antropólogos e a definição de terras indígenas no Brasil, 1977-2002**. Rio de Janeiro: Contra Capa; Laced; CNPq; Faperj; IIEB, 2005. p. 119-135.

BARRETO, J. P. L. Bahserikowi - Centro de medicina indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde indígena. **Amazônica – Revista de Antropologia**, [Online], v. 9, n. 2, p. 594-612, 2017.

BARTHES, R. **Elementos de semiologia**. 16. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

BARTOLOMEI, C. E. F.; CARVALHO, M. S.; DELDUQUE, M. C. A saúde é um direito! **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 184-191, set./dez. 2003.

BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. *In*: GARNELO, L.; PONTES, A. L. (org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 60-107.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf.

Acesso em: 10 set. 2018.

BASTOS, J. L.; SANTOS, R. V.; CRUZ, O. G.; LONGO, . A. F. de B.; SILVA, L. O. da. Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. suplemento 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/97/caracteristicas-sociodemograficas-de-indigenas-nos-censos-brasileiros-de-2000-e-2010-uma-abordagem-comparativa>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G.(org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 39-63.

BENEVIDES, L.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. do. A atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema. **Tempus actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 29-39, mar. 2014. Disponível em:

<https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1450/1305>. Acesso em: 5 mar. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf Acesso em: 08 fev. 2021.

BRASIL. **Constituição (1988)**. texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas

Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 15 nov. 2020.

BRASIL. **Decreto n.º 10.088, de 5 de novembro de 2019.** Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho - OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d10088.htm. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 15 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. **Nota Técnica n.º 13/2018/CCONF/SUCON/STN/MF-DF e FNS/MS-DF.** Esclarecimentos sobre a operacionalização e contabilização dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios. Brasília, DF: Secretaria do Tesouro Nacional, 2018. Disponível em: http://portaria3992.saude.gov.br/images/nota_tecnica/nota-tecnica-conjunta-13-2018.pdf. Acesso em: 10 de dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Fundação Nacional do Índio. **Demarcação, Fundação Nacional do Índio,** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/terras-indigenas/demarcacao-de-terras-indigenas>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Planejamento Regional nas Macrorregiões de Saúde.** Brasília; CONASS; 2018. 21 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. **Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas**. Relatório final: análise dos dados. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1284. Acesso em: 10 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação normativa do programa de saúde da família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona> Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim epidemiológico sobre COVID-19 de 15 de Fevereiro de 2021** – 17:00. Disponível em: https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/pdf/15-02-2021_Boletim%20epidemiologico%20SESAI%20sobre%20COVID%2019.pdf. Acesso em: 17 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva**: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério Público Federal. Ministério da Saúde. **Portaria MS n.º 254, de 31 de janeiro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf/view#:~:text=Portaria%20MS%20N%C2%BA%20254%2C%20de,Popula%C3%A7%C3%B5es%20Ind%C3%ADgenas%20e%20Comunidades%20Tradicionais&text=Recomenda%C3%A7%C3%A3o%20da%206CCR%20trata%20das,19\)%20no%20%C3%A2mbito%20da%20Funai](http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/docs_legislacao/portaria_254_2002.pdf/view#:~:text=Portaria%20MS%20N%C2%BA%20254%2C%20de,Popula%C3%A7%C3%B5es%20Ind%C3%ADgenas%20e%20Comunidades%20Tradicionais&text=Recomenda%C3%A7%C3%A3o%20da%206CCR%20trata%20das,19)%20no%20%C3%A2mbito%20da%20Funai). Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Brasília: Presidência da República, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 10 jan. 2021.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 545-565, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2012.v22n2/545-565/pt>. Acesso em: 22 jan. 2021.

CAMPOS, M. B. de; BORGES, G. M.; QUEIROZ, B. L.; SANTOS, R. V.. Diferenciais de mortalidade entre indígenas e não indígenas no Brasil com base no censo demográfico de 2010. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 2-6, jun, 2017.

CARDOSO, A. M.; RESENDE, P. C.; PAIXAO, E. S.; TAVARES, F. G. *et al.*. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A(H1N1) pdm09 and human respiratory syncytial viruses. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, p. e0218925, 2019.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; GARNELO, L. *et al.* Políticas públicas de saúde para os povos indígenas. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. S.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 911-932.

CARDOSO, M. D. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 83-106.

CARDOSO, M. D. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 30, n. 4, p. 860-866, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00027814>. Acesso em: 23 jan. 2021.

CARNEIRO, F. F.; PESSOA, V. M. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00298130, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso Acesso em: 17 fev. 2021.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sausoc/2017.v26n3/676-689/>. Acesso em: 11 fev. 2021.

CASANOVA, A. O.; GIOVANELLA, L.; CRUZ, M. M. da; FERREIRA, M. F. D. C. Atores, espaços e rede de políticas na governança em saúde em duas regiões de saúde da Amazônia Legal. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 23, n. 10, p. 3163-3177, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15442018>. Acesso em: 18 jan. 2021.

CASTELLANI, M. R.; MONTAGNER, M. Â. Saúde indígena: a bioética como instrumento de respeito às diferenças. **Revista de bioética**, v. 20, n. 2, p. 349-359, maio/ago. 2012.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. J.-P. D.; GROULX, L.-H.; LAPERRIÈRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. P. (org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008.

CODEÇO, C. T.; VILLELA, D.; COELHO, F.; BASTOS, L. S. *et al.* **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40980/2/EspalhamentoCovidIndigenasRelat%c3%b3riosT%c3%a9cnicos.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudanças socioeconômicas: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 538-562, 1991.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1. p. 125-132, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100011. Acesso em: 10 fev. 2020.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; WELCH, J. R.; CARDOSO, A. M.; *et al.* The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v. 13, n. 52, p. 1-19, 2013.

CORNWALL, A.; SHANKLAND, A. Engaging citizens: lessons from building Brazil's national health system. **Social Science & Medicine**, Leicester, v. 66, n. 10, p. 2173-2184, 2008.

CRELIER, C. Expectativa de vida dos brasileiros aumenta 3 meses e chega a 76,6 anos em 2019. **Agência IBGE Notícias**, Rio de Janeiro, nov. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29505-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-3-meses-e-chega-a-76-6-anos-em-2019>. Acesso em: 11 fev. 2021.

CRUZ, K. R. **Os desafios da particip(ação) indígena na saúde indigenista**. 2008. 203 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2008.

CRUZ, K. R. **Povos indígenas e políticas de saúde no Brasil: o específico e o diferenciado como desafios**. 2003. 155 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2003.

CUETO, M. Covid-19 e a corrida pela vacina. **História, ciências e saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p.715-717, jul./set. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702020000300715&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

CUNHA, M. C. da. Introdução a uma história indígena. *In*: CUNHA, M. C. da. (ed.). **História dos índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992. p. 9-24.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2007.

DAMASCO, F.; ANTUNES, M.; AZEVEDO, M. Deslocamentos da população indígena para acesso aos serviços de saúde: elementos para ações emergenciais de enfrentamento à covid-19. **GEOgraphia**, v. 22, n. 48, p. 1-32, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/geographia/article/view/42681/24511>. Acesso em: 8 fev. 2021.

DANTAS, . B.. As capacidades estatais na resposta brasileira à pandemia de COVID-19. **Coletânea**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 38 p. 201-214, jul./dez. 2020. Disponível em:

<http://www.revistacoletanea.com.br/index.php/coletanea/article/view/221/163>. Acesso em: 8 fev. 2021.

DEL POPOLO, F.; CUNHA, E. P.; RIBOTTA, B.; AZEVEDO, M. **Pueblos indígenas y afrodescendientes em America Latina**: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes. Rio de Janeiro: ALAP, 2011.

DI PIETRO, M. S. **Direito administrativo**. 25. ed.. São Paulo: Atlas, 2012.

DIAS, B. do N.; GUIMARÃES, S. Povos indígenas no Brasil e a pandemia da Covid-19. *In*: DUARTE, A. G.; ÁVILA, C. F. D. (org.). **A Covid-19 no Brasil**: ciência, inovação tecnológica e políticas públicas. v. 1. Curitiba: CRV, 2020. p. 357-371.

DICIO – Dicionário Online de Português. **Complementar**. 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/complementar/>. Acesso em: 11 fev. 2020.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J. Transformações na atenção à saúde indígena: tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. **Universitas Humanística**, Bogotá – Colômbia, n. 80, p. 213-236, jul./dic. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>. Acesso em: 22 dez. 2020.

DOURADO, D. de A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 204-11, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2011.v45n1/204-211/pt>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2021.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, fev. 2003.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. *In*: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2007. p. 43-67.

FERNÁNDEZ-JUÁREZ, G. (ed.). **Salud, interculturalidad y derechos**: claves para la reconstrucción del *Sumak Kawsay*-Buen Vivir. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2010.

FLEURY, Sonia. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. **Psicologia & Sociedade pública**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 45-52, 2011.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e saúde coletiva** [online], v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FLEURY, Sonia. El desafío de la gestión de las redes de políticas. **Revista Instituciones y Desarrollo**, 2002. Disponível em: http://www.ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_professor.asp?cd_pro=36. Acesso em: 11 fev. 2021.

FLINT, S. M.; DAVIS, J. S.; SU, J. Y.; OLIVER-LANDRY, E. P.; ROGERS, B. A.; GOLDSTEIN, A. *et al.* Disproportionate impact of pandemic (H1N1) 2009 influenza on indigenous people in the top end of Australia's northern territory. **The Medical Journal of Australia**, v. 192, n. 10, p. 617-622, 2010.

FÓRUM BRASILEIRO de Segurança Pública (FBSP); Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Atlas da violência 2018**. Rio de Janeiro: FBSP/IPEA, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 10 dez. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FRENK, J.; MOON, S. Governance challenges in global health. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 368, n. 10, p. 936-942, 2013.

FUNAI – Fundação Nacional do Índio. Modalidades de terras indígenas. **Fundação Nacional do Índio - FUNAI**, 2020. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>. Acesso em: 11 fev. 2021.

GARNELO, L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. *In*: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (org.). **Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 107-142.

GARNELO, L. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004**. Documento de Trabalho n. 09. Porto Velho-RO: Universidade Federal de Rondônia e Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

GARNELO, L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18-59.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63. 1995.

GONÇALVES, J. E.; MENDES, R. C. M. G.; SILVA, W. M.; PEIXINHO, B. C.; OLIVEIRA, M. B. *et al.* Medicina tradicional indígena em tempos de pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, e4713, out. 2020.

GONDIM, R.; CUNHA, A. P.; GADELHA, A. G. S.; CARPIO, C.; *et al.* Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, e00150120, 2020.

GONDIM, R.; BOMFIM, R.; GRABOIS, V.; CAMPOS, C. E. A.; GRIBEL, E. B. Organização da atenção. Cartilha Qualificação de Gestores do SUS. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 97-124.

GOUVEIA, M. T. C. de S. Competências em saúde no federalismo brasileiro. **Revista de Administração Municipal - RAM**, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Rio de Janeiro, 288, p. 31-40, nov. 2016. Disponível em: <http://www.ibam-biblioteca.org.br/bibliivre3/DigitalMediaController?id=MjQwMDpyYW0yODgucGRm>. Acesso em: 30 abr. 2021.

GUIMARÃES, R. Vacinas anticovid: um olhar da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3579-3585. 2020.

GUIMARÃES, S. M. F. Escritos de uma desigualdade em saúde. *In*: TEIXEIRA, C. C.; VALLE, C. G. do; NEVES, R. de C. (org.). **Saúde, mediações e mediadores**. Brasília: ABA Publicações; Natal: EDUFRRN, 2017. p. 139-171.

GUIMARÃES, S. M. F. O sistema médico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [online], v. 31, n. 10, p. 2148-2156, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194414>. Acesso em: 27 jan. 2021.

HARVEY, D. Política anticapitalista em tempos de Covid-19. *In*: DAVIS, M.; HARVEY, D.; BIHR, A.; ZIBECHI, R.; BADIOU, A.; ZIZEK, S. (org.). **Coronavírus e a luta de classes**. Brasil: Terra Sem Amos, 2020. p. 13-24.

HECK, E.; LOEBENS, F.; CARVALHO, P. D. Amazônia indígena: conquistas e desafios. **Estud. av.**, São Paulo, v. 19, n. 53, p. 237-255, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas, resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2012.

ISA - Instituto Socioambiental. **Povos indígenas do Brasil, 2006–2010**. São Paulo: ISA, 2011. Disponível em: <https://acervo.socioambiental.org/index.php/acervo/livros/povos-indigenas-no-brasil-2006-2010>. Acesso em: 06 jan. 2021.

JACCORD, L. VIEIRA, F S. **Federalismo, integralidade e autonomia no SUS: desvinculação da aplicação de recursos federais e os desafios da coordenação**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 62 p. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8523/1/TD_2399.pdf. Acesso em: 11 fev. 2021.

JORGE, M. H. P. de M. Violência como problema de saúde pública. **Ciencia Cultura**, v. 54, n. 1, p. 52-53. 2002.

JORGE, M. H. P. de M.; YUNES, J. Violência e saúde no Brasil. **Revista USP**, [S. l.], n. 51, p. 114-127, 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35105>. Acesso em: 30 jan. 2021.

- JUCÁ, B. Sob Bolsonaro, dobra o número de terras indígenas invadidas. **El País**, São Paulo, 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/09/24/politica/1569342899_324922.html. Acesso em: 15 jan. 2021.
- KALCKMANN, S.; SANTOS, C. G. dos; BATISTA, L. E.; CRUZ, V. M. da. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007.
- KRENAK, Ailton. O Eterno Retorno do Encontro. Dez 2009. **Blog Ailton Krenak**, 1999. Disponível em: <http://ailtonkrenak.blogspot.com/2009/12/o-eterno-retorno-do-encontro.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.
- KUJAWA, H.; TEDESCO, J. C. Demarcações de terras indígenas no norte do Rio Grande do Sul e os atuais conflitos territoriais: uma trajetória histórica de tensões sociais. **Tempos Históricos**, v. 18, p. 67-88, 2014.
- LA RUCHE, G.; TARANTOLA, A.; BARBOZA, P.; VAILLANT, L.; GUEGUEN, J.; GASTELLU-ETCHEGORRY, M. The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. **Euro Surveill**, v. 14, n. 42, p. 19366, 2009.
- LANDGRAF, J.; IMAZU, N. E.; ROSADO, R. M. Desafios para a educação permanente em saúde indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [online], v. 24, e190166, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190166>. Acesso em: 24 jan. 2021.
- LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.
- LOVEMAN, M. **National colors: racial classification and the state in Latin America**. Oxford: Oxford University Press, 2014.
- MACIEL, M. E. de S. Considerações sobre gaúchos e colonos. In: BAQUERO, M. **Diversidade étnica e identidade gaúcha**. Santa Cruz do Sul: Editora da UNISC, 1994.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de.; VIANA, A. L. d'Ávila; OLIVEIRA, R. G. de *et al.* Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005200>. Acesso em: 11 fev. 2021.
- MAIA, I. L. B. O acesso à água potável como direito humano fundamental no direito brasileiro. **Revista do CEPEJ**, Salvador, v. 20, p. 301-338, jul./dez. 2017.
- MALTA, D. C.; MINAYO, M. C. de S.; SOARES FILHO, A. M. *et al.* Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das

estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, supl. 1, p. 142-156, 2017.

MARINHO, G. L.; CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. Indígenas residentes em domicílios 79 “improvisados” segundo o Censo Demográfico 2010. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 79-102, 2017.

MATTOS, R.; BAPTISTA, T. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP; IMS; FAPERJ, 2011.

MBEMBE, A. **Necropolítica: seguido de sobre el gobierno privado indirecto**. Santa Cruz de Tenerife: Melusina, 2011.

MENDES, A. M.; BASTOS, J. L.; BRESAN, D.; LEITE, M. S. Epidemiologic situation of tuberculosis in Rio Grande do Sul: an analysis about Sinan's data between 2003 and 2012 focusing on indigenous peoples. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 658-669, 2016.

MENDES, A. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [online], v. 42, p. e184, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>. Acesso em: 23 jan. 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 7. p. 2297-2305, 2010.

MENESES-NAVARRO, S.; FREYERMUTH-ENCISO, M. G.; PELCASTRE-VILLAFUERTE, B. E.; CAMPOS-NAVARRO, R. *et al.* The challenges facing indigenous communities in Latin America as they confront the COVID-19 pandemic. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 63, p. 1-3, 2020.

MENEZES, Amanda Olimpo de. **Mudanças institucionais da seguridade social no Brasil: uma análise comparada entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) — Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MENICUCCI, T. M. G. A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *In*: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 303-326.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciência, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan./mar. 2014.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. **Saude soc.**, v. 15, n. 2, p. 72-87. 2006.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. *In*: SOUSA, E. R. **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. p. 24-35.

MONTEIRO, J. M. **Tupis, tapuias e historiadores**: estudos de história indígena e do indigenismo. 2001. 233 f. Tese (Livre Docência em História) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2001.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32. 1999.

MOTA, L. T.; TOMMASINO, K. **As guerras dos índios Kaingang**: a história épica dos índios Kaingang no Paraná (1769-1924). 2. ed. Maringá: UEM, 2008.

MOTA, S. E. de C.; NUNES, M. Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 11-25, jan./mar. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-12902018000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2021.

MUNIZ, B.; FONSECA, B.; RIBEIRO, R. **Incêndios já tomam quase metade das terras indígenas no Pantanal**. El País, set. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-09-19/incendios-ja-tomam-quase-metade-das-terras-indigenas-no-pantanal.html>. Acesso em: 20 jan. 2021.

NADAL, P. G. **Indios, negros y otros indeseables**: capitalismo, racismo y exclusión en América Latina y El Caribe. Equador: Abya-Yala, 2017.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, v. 101, p. 95-120. 2010.

NATALINO, E. C. O papel das instituições e das ideias nas escolhas de políticas públicas. **Revista Estudos Legislativos**, Porto Alegre, v. 10, n. 10, p. 88-115. 2016.

OLABUENAGA, J. I. R.; ISPIZUA, M. A. **La descodificación de la vida cotidiana**: métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989.

OLIVEIRA, D. C. de; POLIDORO, M.. **Análise das situações de violência no Rio Grande do Sul**: contribuição para o aprimoramento da vigilância em saúde de populações vulneráveis no SUS. [e-book]. Porto Alegre: Instituto Federal do Rio Grande do Sul; UFRGS, 2020. 88 p. Disponível em: https://5c384250-148d-4dcb-b56d-ece1f696bf9c.filesusr.com/ugd/67a8dd_1e1d328448c347cfa09f2c1c26bbb99a.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

ONU - Organização das Nações Unidas. TAULI-CORPUZ, V. (UN. Human Rights Council. Special Rapporteur on Rights of Indigenous Peoples). Report of the special rapporteur on the rights of indigenous peoples on her mission to Brazil. **ONU**, 2016. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/eventos/relatorio-da-onu-sobre-direitos-dos-povos-indigenas>. Acesso em: 1 jul. 2019.

OSOWSKI, R. O Marco temporal para demarcação de terras indígenas, memória e esquecimento. Dossiê - Remoções forçadas de grupos indígenas no Brasil republicano. **Mediações**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 320-246, jul./dez. 2017.

- PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da reforma sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728. 2018.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Saúde no Brasil. **The Lancet**, v. 6736, n. 11, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2020.
- PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Espaço para a Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19. 2006.
- PELLEGRINI, M. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde. In: RICARDO, C. A. (ed.). **Povos indígenas no Brasil: 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 132-142.
- PEREIRA, E. R.; BIRUEL, E. P.; OLIVEIRA, L. S. de S.; RODRIGUES, D. A. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, [online], v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300027>. Acesso em: 23 jan. 2021.
- PEREIRA, L. O. dos S. **Política de saúde para às populações indígenas no Brasil: continuidades e descontinuidades. 1986-2013**. 2014. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-SP, São Paulo, 2014.
- PESSOA, M. L. (org.). População do RS. In: PESSOA, M. L. **Atlas FEE**. Porto Alegre: FEE, 2017. Disponível em: <http://atlas.fee.tche.br/rio-grande-do-sul/demografia/populacao-do-rs/>. Acesso em: 6 out. 2020.
- PIERSON, P. Public policies as institutions. In: SHAPIRO, I.; SKOWRONEK, Stephen; GALVIN, Daniel. (eds.). **Rethinking political institutions**. New York: New York University Press, 2006.
- PINTO, T. P.; MARTINS, S.; OLIVERA, R. O Federalismo Brasileiro em tempos de pandemia da COVID-19. **GIGAPP Estudos Working Papers**, v. 7, n. 182-189, p. 627-642, 17 nov. 2020.
- PISSOLATO, E. **A duração da pessoa: mobilidade, parentesco e xamanismo mbya (guarani)**. São Paulo: Editora UNESP, 2007.
- PONTES, A. L.; MACHADO, F. R. S.; SANTOS, R. V.; BRITO, C. A. G. Diálogos entre indigenismo e reforma sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 8, p. 146-159, dez. 2019.

PORTO ALEGRE. Decreto nº 55.718, de 12 de janeiro de 2021. Dispõe sobre a estrutura básica da Secretaria da Saúde. Porto Alegre: **DOU**, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202105/11121106-dec-55-718-2021-dispoe-sobre-a-estrutura-da-secretaria-da-saude.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

PRAELI, Y. S. **Pueblos indígenas**: los más vulnerables frente el avance del coronavirus en América Latina. Series de Mongabay: Coronavirus: la pandemia que paralizó al mundo, Los pueblos indígenas de Latinoamérica frente al COVID-19, 2020.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R.; OUVENEY, A. M.; PINTO, L. F. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07932018>. Acesso em: 11 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei n.º 14.594, de 28 de agosto de 2014**. Introduce modificações na Lei nº 12.544, de 3 de julho de 2006, que institui o Programa Primeira Infância Melhor - PIM. Porto Alegre: DOU, 2014. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/lei-no-14-5942014/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Economia e Estatística DEE/SEPLAG. **Estimativas populacionais por idade e sexo dos municípios do RS – 2019**. Porto Alegre: DEE/SEPLAG, 2019. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/02112540-01190313-apresentacao-estimativas-2019-02092020-1-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico COVID-19**. Semana epidemiológica 05 de 2021. Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202102/11165638-be-covid-19-coers-se-05.pdf> Acesso em: 17 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Boletim epidemiológico COVID-19**. Semana epidemiológica 50 de 2020. Centro de Operações de Emergência do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/17134205-boletim-epidemiologico-covid-19-coers-se-50.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (org.). **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Tomo I. Porto Alegre: SES, 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES n.º 946/2015**. Estabelece incentivo financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista a corresponsabilização dos três entes federativos. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2015. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170442/13054213-1489669609-946-20das.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portaria SES n.º 506/2020**. Autorizar o repasse em caráter extraordinário aos programas de Saúde dos Povos Indígenas, Comunidades remanescentes de quilombos, saúde prisional, saúde mental na atenção básica e população em

situação de rua, para ações de enfrentamento à Covid-19, durante o estado de calamidade pública no Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202007/24104602-506.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Departamento de Economia e Estatística. **Estimativas populacionais por idade e sexo dos municípios do RS – 2019**. Porto Alegre: DEE/SEPLAG, 2020. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/02112540-01190313-apresentacao-estimativas-2019-02092020-1-1.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2021.

ROCHA, D. F.; PORTO, M. F. S.; PACHECO, T. A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2014). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 383-392, 2019.

ROSA, J. C. de S. **Travessias da participação social e estratégias de mudança da política de saúde**: o controle social na saúde indígena em diferentes perspectivas. 2016. 136 f. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologias em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

ROSADO, R. M. Panorama da saúde dos povos indígenas no país e o contexto de Porto Alegre: desafios e conquistas. *In*: CANAVESE, D.; SOARES, E. O.; BAIRROS, F.; POLIDORO, M.; ROSADO, R. M. (org.). Equidade étnicorracial no SUS: pesquisas, reflexões e ações em saúde da população negra e dos povos indígena. **Rede Unida - Série Atenção Básica e Educação na Saúde**, v. 15, p. 23-34, 2018.

ROSEMBERG, A. M. F. A. Breve história da saúde pública no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, M.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. p. 1-9.

RUA, M. da G. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. *In*: RUA, M. da G.; CARVALHO, M. I. V. (org.). **O estudo da política**: tópicos selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998. Coleção Relações Internacionais e Política.

RUA, M. das G.; ROMANINI, R. **Para aprender políticas públicas**: conceitos e teorias. v. 1. Brasília: Instituto de Gestão Economia e Políticas Públicas, 2013. Disponível em: http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebookpara_aprender_politicas_publicas-2013.pdf. Acesso em: 10 out. 2019.

SACRAMENTO, L. T.; REZENDE, M. M. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, v. 24, n. 1, p. 95-101. 2006.

SANDES, L. F. F.; FREITAS, D. A.; SOUZA, M. F. N. S.; LEITE, K.B.S. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [online], v. 42, e163, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.163>. Acesso em: 24 jan. 2021.

SANTOS, A. B. S. dos; COELHO, T. C. B.; ARAÚJO, E. M. de. Identificação racial e a produção da informação em saúde. **Interface**, Botucatu, p.341-356, p. 973-988, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013005000003>. Acesso em: 08 fev. 2021.

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Almedina: Boitempo, 2020.

SANTOS, H. L. P. C. dos; MACIEL, F. B. M.; SANTOS, K. R.; CONCEIÇÃO, C. D. V. S. da *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Internet], v. 25, n. 2, p. 4211-4224, . 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804211&lng=en. Acesso em: 11 fev. 2021.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3. p. 1671-1680, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/02.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SANTOS, M. R. M. Conselhos municipais e a participação cívica na gestão das políticas públicas: o caso da metrópole fluminense. **Caderno MetrÓpole**, v. 7, p. 97-112. 2002.

SANTOS, N. M. A organização da saúde no Rio Grande do Sul. **Revista Gestão & Saúde**, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010.

SANTOS, N. R. dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06092018>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. *In*: COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003. p. 13-47.

SANTOS, R. V.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Demografia, epidemias e organização social: os Xavante de Pimentel Barbosa (Etéfiitépa), Mato Grosso. *In*: PAGLIARO, H.; AZEVEDO, M. M.; SANTOS, R. V. **Demografia dos povos indígenas no Brasil**. Saúde dos Povos Indígenas collection. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575412541>. Acesso em: 20 out. 2020.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C.. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020166.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, p. 1-15. 2009.

SCHETTINO, M. P. F. Índios na cidade: a necessária superação da ideia de índios aldeados e desaldeados. *In*: BRASIL. Ministério Público Federal. Câmara de Coordenação e Revisão, 6. **Perícia em antropologia no MPF**: primeiras contribuições no combate à pandemia da Covid-19. Brasília: MPF, 2021.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (org.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006.

SCHOPENHAUER, A. **Sobre a filosofia e seu método**. São Paulo: Hedra, 2010.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 3, n. 5, p. 11-26. 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 112-120, 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, jan. 2007.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SES-RS. Arquivo Institucional. **Organograma da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS)**. 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/organograma>. Acesso em: 10 jan. 2021.

SES-RS. Arquivo Institucional. **Organograma do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/SES-RS**. 2021.

SES-RS. **Programas de primeira infância poderão ter expansão em terras indígenas em 2020**. 2019. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/programas-de-primeira-infancia-poderao-ter-expansao-em-terras-indigenas-em-2020/>. Acesso em: 10 jan. 2020.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. de F. P. de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, [online], v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Acesso em: 19 jan. 2021.

SILVA, J. A. Terras tradicionalmente ocupadas pelos índios. In: SANTILLI, J. (coord.). **Os direitos indígenas e a Constituição Federal**. Porto Alegre: NDI; Sérgio Fabris, 1993. p. 45-50.

SILVA, L. A. A. da. **Atuação do Ministério Público Federal na tutela dos direitos e interesses das populações indígenas**. 2013. 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia em Ciências Jurídicas e Sociais) – Direito, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, Sousa, Paraíba, Brasil, 2013.

SILVA, M. L. da; WESCHENFELDER, V. I. Sujeitos rasurados: uma análise da construção da identidade afrodescendente a partir dos espaços educativos no território do Rio Grande do Sul. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. X, n. 1, p. 259-281, mar. 2010.

SILVEIRA, R. M.; SANTOS, A. M. dos; CARVALHO, J. A.; ALMEIDA, P. F. de. Ações da comissão intergestores regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [online], v. 26, n. 03, p. 853-

878, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000300008>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SOUSA, M. C.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 853-861, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400013>. Acesso em: 10 abr. 2019.

SOUZA FILHO, C. F. M. **O renascer dos povos indígenas para o direito**. Curitiba: Juruá, 1999.

SOUZA, C. M. de. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 14, e00046818, mar. 2019. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/763/coordenacao-uniformidade-e-autonomia-na-formulacao-de-politicas-publicas-experiencias-federativas-no-cenario-internacional-e-nacional>. Acesso em 27 Abr. 2021.

SOUZA, C. M. de. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, n. 24, p. 105-121, jun. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a08n24.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2021.

SOUZA, F. da C.; MORAES, N. R. de; QUIQUETO, A. M.; TEODORO, V. B. COVID-19 e povos indígenas: Aspectos de seguridade social. **Revista Observatório**, Palmas, v. 6, n. 2, p. 1-27, abr./jun. 2020.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517. 2010.

SOUZA, J. O. C. de. Um salto do passado para o futuro: as comunidades indígenas e os direitos originários no Rio Grande do Sul. In: SILVA, G. F. da; PENNA, R.; CARNEIRO, L. C. da C. (org.). **RS índio: cartografias sobre a produção do conhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 270-284.

SOUZA, L. G.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1465-1473. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES-DOS-SANTOS, J. V. **Matuchos: exclusão e luta (do Sul para a Amazônia)**. Petrópolis: Vozes, 1993.

TAVARES-DOS-SANTOS, J. V.; BARREIRA, C. A construção de um campo intelectual: violência e segurança cidadã na América Latina. In: TAVARES-DOS-SANTOS, J. V.; BARREIRA, C. (org.). **Paradoxos da segurança cidadã**. Porto Alegre: Tomo, 2016. p. 9-42.

TAVARES, V. “**É um modo de pensar a política de saúde indígena sem debate ampliado com os indígenas**”. Antes mesmo da pandemia, o subsistema estava frágil”. Rio de Janeiro:

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2020. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/e-um-modo-de-pensar-a-politica-de-saude-indigena-sem-debate-ampliado-com-os>. Acesso em: 15 jan. 2021.

TEDESCO, J. C.; KUJAWA, H. Políticas indigenistas no norte do Rio Grande do Sul: bases históricas para a compreensão dos atuais conflitos entre indígenas e agricultores. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. Lugares dos historiadores: velhos e novos desafios. 28., 2015. **Anais...** Florianópolis-SC: 2015. p. 1-15p. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1423654174_ARQUIVO_henrique-tesescoanpuh-2015.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.

TEIXEIRA, C. C.; SIMAS, D. da H.; COSTA, N. M. A. de. Controle social na saúde indígena: limites e possibilidades da democracia direta. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 7, n. 4, p. 97-115, 2013.

TEMPASS, M. C. A dinâmica alimentar nos grupos indígenas. *In*: SILVA, G. F. da; PENNA, R.; CARNEIRO, Luiz C. da C. (org.). **RS índio: cartografias sobre a produção do conhecimento**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. p. 133-143.

VERCH, K. **Primeira infância melhor**: transformando a atenção nos primeiros anos de vida na América Latina: Desafios e conquistas de uma política pública no sul do Brasil. Washington, DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2017.

VIANA, A. L. D'Ávila; LIMA, L. D. de; OLIVEIRA, R. G. de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2002.v7n3/493-507/pt>. Acesso em: 11 fev. 2021.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 181-190. 2013.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. supl. 1, p. 1565-1577, 2009.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

WERNECK J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WHO - World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Geneva: WHO, 1946.

ANEXO 1 - Termo de autorização institucional



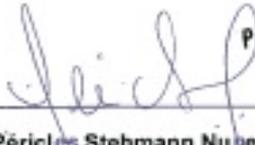
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

O DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE (DAPPS), junto a DIVISÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE (POPES), da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, está de acordo com a execução do projeto de pesquisa de doutorado a respeito da atuação dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS) na saúde indígena, conduzida pela pesquisadora JÉSSICA CAMILA DE SOUSA ROSA, PARANHOS, servidora dessa instituição e estudante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Declaramos ciência e autorização da coleta dos dados secundários, a respeito de rotinas de trabalho e gestão da política de saúde indígena em âmbito estadual, constantes nos arquivos da Área Técnica de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas/POPES/DAPPS referente aos anos de 2015 a 2020, sendo o pesquisador responsável pelo uso adequado dos dados conforme previsto no estudo apresentado a essa instituição. Certos do compromisso ético e profissional da pesquisadora e das contribuições da referida pesquisa a política pública de saúde indígena.

Porto Alegre/RS, 03 de fevereiro de 2020.


Péricles Stehmann Nunes
SES-RS/DAS/Equidade
ID.: 4570937

Péricles Stehmann Nunes
Chefe de Divisão de Políticas de Promoção da Equidade

Assinatura/Carimbo


Ana Costa
Diretora do DAS/SES
ID.: 4556275

Ana Lucia Pires Afonso da Costa

Diretora do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Assinatura/Carimbo

ANEXO 2 - Questionário aplicados com profissionais estaduais da saúde indígena

14/01/2021 Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Agradeço a sua disponibilidade em colaborar com a minha pesquisa! Me chamo Jéssica Rosa, sou sanitarista e mestre em ciências e tecnologias em saúde. Tenho me dedicado a saúde indígena há mais de dez anos e no decorrer desse processo algumas perguntas ficaram na minha cabeça a espera de caminhos possíveis para respondê-las. Com isso decidi dedicar meu estudo de doutorado em políticas públicas, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a essa temática e contribuir para a discussão nacional da saúde dos povos indígenas. O questionário se destina apenas a profissionais e trabalhadores vinculados as Secretarias de Estado da Saúde que atuam na pauta da saúde indígena.

***Obrigatório**

Qual sua raça/cor? *

Negro

Branco

Indígena

Amarelo

Pardo

Outro

Qual a sua profissão?

Sua resposta

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScLGN-7KY5C0w0SnRxc5QxnSsdi6NreCWgGRoWNIv6xI8IcYQ/viewform> 1/15

14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Qual das Secretarias de Estado da Saúde (SES) do Brasil você encontra-se vinculado? *

Exemplo: SES-SP; SES-RS...

Sua resposta

Você trabalha sozinho com a temática da saúde indígena na sua SES?

- Sim, sou só eu.
- Eu e mais um(a) colega.
- Temos uma equipe que se dedica a temática.
- Outro:

Qual área você trabalha dentro da SES?

- Atenção Primária em Saúde
- Atenção secundária e terciária
- Vigilância em Saúde
- Planejamento em Saúde
- Outro

O que é saúde para você?

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Dê exemplos de ações e atividades que a sua SES desempenha na atenção à saúde dos povos indígenas.

*

Sua resposta

A legislação para saúde indígena apresenta que a responsabilidade dos estados na atenção à saúde desses povos é complementar. O que você entende pelo termo "complementar" nessa perspectiva? *

Sua resposta

A sua SES possui algum recurso ou incentivo financeiro para ações de saúde destinadas aos povos indígenas? Se sim, qual o número dessa normativa e onde encontrá-la.

Sua resposta

As secretarias normalmente tem departamentos, divisões na sua estrutura. Você identifica que a temática da saúde indígena fica centralizada em um setor ou área ou essa discussão transversaliza dentro da estrutura?

Sua resposta

Você já vivenciou ou teve conhecimento de conflitos, violência ou racismo contra os indígenas que vivem no território do seu estado por parte de gestores de saúde ou profissionais de saúde vinculados a SES ou municípios?

- Sim, sei de alguns.
- Sim, é frequente.
- Não sei de nenhum.



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

O Conselho Estadual de Saúde (CES) do seu estado conta com representação dos indígenas como conselheiros?

- Sim
- Não

Existe Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no território do seu estado?

- SIM
- NÃO

Se você tivesse que dar uma nota para a relação que você tem com os profissionais vinculados ao DSEI (coordenadores, equipes de saúde..), que nota seria? Sendo que 1 representa uma relação ruim e 10 um ótima relação.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Não tenho relação estabelecida.



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Você ocupa o lugar de conselheiro(a) no Conselho do Distrito Sanitário Especial Indígena (CONDISI) do seu território?

- SIM
- NÃO
- Outra pessoa ocupa esse espaço.
- Não há representação da minha secretaria no CONDISI

Na sua vivência a atuação da sua secretaria e dos municípios do seu território se dá também na atenção primária a saúde ou de fato essa competência é exercida apenas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) por meio dos DSEI e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)? *

- Sim, atuamos também na atenção primária em saúde.
- Não.

Se você respondeu sim a pergunta anterior, por que você avalia que isso acontece (atuação da SES e municípios na atenção primária indígena)?

Essa é uma competência que esta reservada ao subsistema de atenção à saúde indígena de acordo com as legislações vigentes. Se vocês precisam atuar na atenção primária, gostaria que você falasse sobre qual os problemas que você identifica.

Sua resposta

Pensando na intersetorialidade na saúde indígena quais instituições estão mais próximas da sua SES? Exemplo: FUNAI, ONG...

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Se tivesse que dar uma nota a sua relação com as lideranças indígenas do seu território, qual seria?
Sendo que 1 é uma relação ruim e 10 uma ótima relação.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Não tenho relação estabelecida.

Os indígenas buscam a sua SES para resolver demandas de saúde? Quais?

Sua resposta

Você avalia que a atuação das SES na saúde indígena fortalece o Subsistema ou o enfraquece?

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Como você avalia a atenção à saúde dos indígenas do seu território na atenção primária?

- Muito boa.
- Boa.
- Boa, mas com desafios a superar.
- Ruim.
- Péssima.
- Não posso opinar.

Como você avalia a atenção à saúde dos indígenas do seu território na atenção secundária e terciária?

- Muito boa.
- Boa.
- Boa, mas com desafios a superar.
- Ruim.
- Péssima.
- Não posso opinar.

Você sentiu falta de algo ou teria mais alguma contribuição ou crítica?

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Qual sua raça/cor? *

- Negro
- Branco
- Indígena
- Amarelo
- Pardo
- Outro

Qual a sua profissão?

Sua resposta

Qual das Secretarias de Estado da Saúde (SES) do Brasil você encontra-se vinculado? *

Exemplo: SES-SP; SES-RS...

Sua resposta

Você trabalha sozinho com a temática da saúde indígena na sua SES?

- Sim, sou só eu.
- Eu e mais um(a) colega.
- Temos uma equipe que se dedica a temática.
- Outro:



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Qual área você trabalha dentro da SES?

- Atenção Primária em Saúde
- Atenção secundária e terciária
- Vigilância em Saúde
- Planejamento em Saúde
- Outro

O que é saúde para você?

Sua resposta

Dê exemplos de ações e atividades que a sua SES desempenha na atenção à saúde dos povos indígenas.

*

Sua resposta

A legislação para saúde indígena apresenta que a responsabilidade dos estados na atenção à saúde desses povos é complementar. O que você entende pelo termo "complementar" nessa perspectiva? *

Sua resposta

A sua SES possui algum recurso ou incentivo financeiro para ações de saúde destinadas aos povos indígenas? Se sim, qual o número dessa normativa e onde encontrá-la.

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

As secretarias normalmente tem departamentos, divisões na sua estrutura. Você identifica que a temática da saúde indígena fica centralizada em um setor ou área ou essa discussão transversaliza dentro da estrutura?

Sua resposta

Você já vivenciou ou teve conhecimento de conflitos, violência ou racismo contra os indígenas que vivem no território do seu estado por parte de gestores de saúde ou profissionais de saúde vinculados a SES ou municípios?

- Sim, sei de alguns.
- Sim, é frequente.
- Não sei de nenhum.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) do seu estado conta com representação dos indígenas como conselheiros?

- Sim
- Não

Existe Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) no território do seu estado?

- SIM
- NÃO



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Se você tivesse que dar uma nota para a relação que você tem com os profissionais vinculados ao DSEI (coordenadores, equipes de saúde..), que nota seria? Sendo que 1 representa uma relação ruim e 10 um ótima relação.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Não tenho relação estabelecida.

Você ocupa o lugar de conselheiro(a) no Conselho do Distrito Sanitário Especial Indígena (CONDISI) do seu território?

- SIM
- NÃO
- Outra pessoa ocupa esse espaço.
- Não há representação da minha secretaria no CONDISI



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Na sua vivência a atuação da sua secretaria e dos municípios do seu território se dá também na atenção primária a saúde ou de fato essa competência é exercida apenas pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) por meio dos DSEI e Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI)? *

- Sim, atuamos também na atenção primária em saúde.
- Não.

Se você respondeu sim a pergunta anterior, por que você avalia que isso acontece (atuação da SES e municípios na atenção primária indígena)?

Essa é uma competência que está reservada ao subsistema de atenção à saúde indígena de acordo com as legislações vigentes. Se vocês precisam atuar na atenção primária, gostaria que você falasse sobre qual os problemas que você identifica.

Sua resposta

Pensando na intersectorialidade na saúde indígena quais instituições estão mais próximas da sua SES?
Exemplo: FUNAI, ONG...

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Se tivesse que dar uma nota a sua relação com as lideranças indígenas do seu território, qual seria?
Sendo que 1 é uma relação ruim e 10 uma ótima relação.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- Não tenho relação estabelecida.

Os indígenas buscam a sua SES para resolver demandas de saúde? Quais?

Sua resposta

Você avalia que a atuação das SES na saúde indígena fortalece o Subsistema ou o enfraquece?

Sua resposta



14/01/2021

Os estados brasileiros e a saúde dos povos indígenas

Como você avalia a atenção à saúde dos indígenas do seu território na atenção primária?

- Muito boa.
- Boa.
- Boa, mas com desafios a superar.
- Ruim.
- Péssima.
- Não posso opinar.

Como você avalia a atenção à saúde dos indígenas do seu território na atenção secundária e terciária?

- Muito boa.
- Boa.
- Boa, mas com desafios a superar.
- Ruim.
- Péssima.
- Não posso opinar.

Você sentiu falta de algo ou teria mais alguma contribuição ou crítica?

Sua resposta

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)



ANEXO 3 - Lei n.º 9.836/1999 - Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena

30/01/2021

L9836

**Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos****LEI Nº 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999.**

Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo V ao Título II – Do Sistema Único de Saúde:

"CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei.

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração.

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País.

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

30/01/2021

L9836

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso."

Art. 2º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de noventa dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 23 de setembro de 1999; 178º da Independência e 111º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
José Serra

Este texto não substitui o publicado no DOU de 24.9.1999

*

ANEXO 4 - Portaria SES-RS 946/2015



PORTARIA Nº 946/2015

Estabelece incentivo financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, com vista a corresponsabilização dos três entes federativos.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, no uso das atribuições legais e:

Considerando a Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas;

Considerando a Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde;

Considerando a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria nº 1.800, de 9 de novembro de 2015, que aprova as diretrizes da Assistência Farmacêutica no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 1.801, de 9 de novembro de 2015, que define os subtipos de estabelecimentos de Saúde Indígena e estabelece as diretrizes para elaboração de seus projetos arquitetônicos, no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004, que aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 475, de 1º de setembro de 2008, que inclui na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional



dos Estabelecimentos de Saúde – SCNES, o tipo de estabelecimento 72 Unidades de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos;

Considerando a Portaria nº 2.176, de 12 de setembro de 2011, que estabelece recursos a serem adicionados ao limite financeiro de média e alta complexidade dos Estados de Pernambuco e Rio Grande do Sul;

Considerando a Portaria nº 755, de 18 de abril de 2012, que dispõe sobre a organização do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena;

Considerando a Portaria nº 519, de 07 de maio de 2015, que estabelece o Regime Especial de Execução para a concessão e aplicação de suprimento de fundos no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de atender às especificidades decorrentes da assistência à saúde indígena;

Considerando a Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

Considerando que o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde são responsabilidades da Secretaria Especial de Saúde Indígena - Ministério da Saúde e prezando pela cooperação interfederativa - prevista na Lei nº 8.080/90 e regulamentada pelo Decreto nº 7508/11;

Considerando a cooperação entre entes federativos e o papel complementar do Estado na atenção à saúde indígena, cuja responsabilidade está vinculada, desde de 2010, à Secretaria Especial de Saúde Indígena - Ministério da Saúde;



Considerando o Incentivo da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, criado em 2003, para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena;

Considerando as discussões e contribuições de gestores, trabalhadores e usuários que compartilham do entendimento que o incentivo financeiro vem a qualificar a atenção à saúde indígena prestada nos municípios;

RESOLVE:

Art. 1º – Definir o incentivo financeiro estadual aos municípios para qualificação da atenção básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul.

Art. 2º – Estão habilitados a receber o incentivo os municípios que possuem indígenas em seus territórios, conforme os seguintes critérios e valores:

Número de indígenas	Valor (R\$) - Incentivo Estadual/Saúde Indígena/mês
Até 50 habitantes	R\$ 1.000,00
De 51 a 100 habitantes	R\$ 2.000,00
De 101 a 200 habitantes	R\$ 3.000,00
Acima de 201 habitantes	R\$ 4.000,00

§ 1º – Aqueles municípios com mais de uma aldeia indígena deverão dividir os valores do incentivo *per capita* de forma que todos os indígenas sejam contemplados ou utilizados para custeio e capital que possa beneficiar, claramente, todos os indígenas presentes no território.

§ 2º – Os dados demográficos utilizados como critério para habilitação serão aqueles repassados pelo Ministério da Saúde e deverão ser atualizados semestralmente.

Art. 3º – Os recursos financeiros serão transferidos diretamente do Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.



Art. 4º – Os municípios deverão apresentar um plano de aplicação de recursos para qualificação da atenção básica prestada aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul, que deve ser construído conjuntamente entre:

- I - Gestão municipal;
- II - Lideranças indígenas e/ou Conselho Local de Saúde Indígena;
- III - Ministério da Saúde;
- IV - Coordenadoria Regional de Saúde;
- V - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e/ou Equipe de Saúde da Família.

§ 1º – O município que executar os recursos referente a esse incentivo sem que seja feito o plano de aplicação, conforme definido nesta portaria, deverá repor os valores com recursos próprios.

Art. 5º – Os planos de aplicação deverão contemplar um ou mais dos quatro eixos temáticos:

- I – Gestão/Atenção;
- II - Educação permanente;
- III - Redução das vulnerabilidades sociais;
- IV - Controle Social.

§ 1º – Não há limite de demandas para cada um dos eixos, visto que podem variar de acordo com as especificidades locais, e podem ser gastos com despesas de custeio e capital direcionado a atenção básica.

§ 2º – Os recursos financeiros oriundos desta Resolução podem ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio, preferencialmente, a exemplo da aquisição de insumos, treinamento e educação permanente. Também podem ser usados para despesas de capital, como aquisição de materiais de uso permanente, veículo, reforma, ampliação e construção de Unidade de Saúde da Família qualificada para o cuidado à população indígena. Essas e outras ações podem ser apoiadas nas determinações da Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, que institui a Política Nacional de Atenção Básica, na Lei nº



9.836, de 23 de setembro de 1999, que institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e ainda na Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Art. 6º – Após a realização do Plano de Aplicação o mesmo deverá ser apresentado e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Art. 7º – Após a aprovação do plano de aplicação pelo Conselho Municipal de Saúde, a Coordenadoria Regional de Saúde deverá enviar cópia ao nível central da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e caberá a coordenadoria acompanhar a execução do respectivo plano.

Art. 8º – O plano de aplicação de recursos terá validade de um ano a contar da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde. Após esse prazo, caso não tenha sido executado deverá ser feito novo plano.

Art. 9º – Após aprovação do plano de aplicação de recursos pelo Conselho Municipal de Saúde a execução do recurso bem como a prestação de contas ficam sob responsabilidade dos municípios.

§ 1º – O incentivo, preferencialmente, deverá ser utilizado com despesas de custeio.

§ 2º – O município deverá prestar contas ao Conselho Local de Saúde Indígena.

Art. 10º – A desabilitação do município será informada via ofício da Secretaria Estadual de Saúde ao Gestor Municipal de Saúde em que serão consideradas as especificidades dos povos indígenas e as informações fornecidas pelo Ministério da Saúde. Serão desabilitados aqueles municípios que:

I - Deixarem de ter população indígena;

II - Não realizarem plano de aplicação de recursos no período de um ano consecutivo a partir do primeiro repasse de cada ano.

Art. 11º – Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

Art. 12º - Revogam-se, a partir de 10 de dezembro de 2015, todas as disposições em contrário, notadamente os itens que tratam da saúde indígena na Portaria nº 41/2013 da Política Estadual de Saúde Indígena, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.



Porto Alegre, 30 de dezembro de 2015.

JOÃO GABBARDO DOS REIS
Secretário de Estado da Saúde

Anexo 1

Modelo de Plano de Aplicação de Recursos para o
Incentivo Estadual para Saúde Indígena definido pela Portaria __/2015

Plano de Aplicação de Recursos Estaduais para Saúde Indígena

Dados cadastrais

Entidade executora: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____

Cidade: _____

CEP: _____

Telefone: _____

Nome do responsável: _____

Cargo: _____

Considerando a necessidade de efetuar o plano de aplicação de recursos disponíveis pelo Incentivo Financeiro aos municípios para qualificação da Atenção Básica aos povos indígenas no Estado do Rio Grande do Sul definido pela Portaria __/2015;

Considerado o saldo de R\$ _____ do incentivo supracitado já disponível no Fundo Municipal de Saúde do município de _____, na data de _____, sob a rubrica _____.



Reúnem-se para formulação conjunta do plano de aplicação:

1. Gestão municipal:

2. Lideranças indígenas/Conselho Local de Saúde Indígena:

3. Ministério da Saúde:

4. Coordenadoria Regional de Saúde:

5. Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/Equipe de Saúde da Família:

EIXO	DESCRIÇÃO DA DEMANDA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	DESCRIÇÃO DETALHADA DO IMPACTO
Gestão/Atenção					
Educação Permanente					
Controle social					
Redução das vulnerabilidades sociais					

Município, data.

Gestão Municipal

Liderança Indígena/Conselho Local de Saúde Indígena



Ministério da Saúde

Coordenadoria Regional de Saúde

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/Equipe de Saúde da Família

Aprovação na Reunião nº ____ do Conselho Municipal
(anexar cópia da ata de aprovação).

Com alteração: ()sim ()não

Caso o plano seja aprovado com alterações deverá ser anexado o “aditivo de alteração” e novamente assinado por todos os segmentos determinados pela Portaria ____/2015.

ANEXO 5 - Nota técnica referente às informações em saúde

06/08/2018

SEI/MS - 4763689 - Nota Técnica

MINISTÉRIO DA SAÚDE

NOTA TÉCNICA Nº 13/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS

1. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA - DIASI/CGAPSI/DASI, DIPROSI/CGAPSI/DASI E DGISI/CGASI/DGESI**
2. **ASSUNTO**
- 2.1. **ORIENTAÇÕES QUANTO AO COMPARTILHAMENTO DA PRODUÇÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES DE SAÚDE INDÍGENA (EMSI) NO e-SUS atenção básica (E-SUS AB)**
3. **ANÁLISE**

A presente nota tem o intuito de esclarecer as responsabilidades pela alimentação do Sistema de Informação e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

As unidades de atenção básica da saúde indígena estão inseridas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SasiSUS (estabelecido pela lei Nº 9.836/1999, que alterou a Lei Nº 8.080/90) e contam com sistema de informação próprio, seguindo a lógica de organização do SasiSUS. Os dados relativos às ações de atenção primária à saúde indígena prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) nas terras e territórios indígenas, base fundamental para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), **são captados por intermédio do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)**, tendo seu monitoramento, avaliação e gerenciamento realizados em nível federal pela SESAI e em nível regional pelos DSEI.

A utilização e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, “é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população”.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), incluída na Portaria de Consolidação do MS nº 2 de 03/10/2017, no seu anexo XXII, estabelece a seguinte competência para os entes municipais frente aos sistemas de informações:

“Compete às secretarias municipais de saúde a co-ordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos municípios e do Distrito Federal:

XVII - alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;”.

A Portaria de Consolidação Nº1 em sua sessão II, que estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde, reforça em seu Artigo 294º:

“Art. 294. Fica definido a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 1º A alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas de que trata o caput deste artigo é de responsabilidade dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos.

06/08/2018

SE/MS - 4763689 - Nota Técnica

(Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 1º) ”

E, apesar desta Portaria determinar em seu Artigo 296 que a “... *Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a estados, municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º)*”, o mesmo dispositivo não se aplica ao SasiSUS, uma vez que o subsistema é de gestão da SESAI.

Especificamente quanto ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), a Portaria de Consolidação Nº1, sessão IV, traz:

“Art. 311. Devem enviar informações para o banco de dados do SISAB todos os profissionais que estão lotados diretamente nos estabelecimentos de atenção básica, inclusive os que não fazem parte de equipes com Identificador Nacional de Equipe (INE), as equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes da Estratégia de Saúde da Família (eSF), as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), as equipes dos Núcleos de Saúde da Família (eNASF), as equipes do Consultório na Rua (eCR), as equipes participantes do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde, **salvo aquelas equipes de saúde com legislação específica.** (Origem: PRT MS/GM 1412/2013, Art. 5º-A).

§ 2º Regulamentações específicas de outros programas do Ministério da Saúde **poderão determinar o envio de informações para o banco do SISAB por outras equipes de saúde.**” (Grifo nosso).

Conforme legislação supracitada, não existe dispositivo que implique em obrigatoriedade no envio das produções das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) para os municípios ou estados, entretanto, uma vez que a responsabilidade sanitária sobre a população adstrita ao território é compartilhada e que a população indígena assistida pelo SasiSUS, também compõe o número de habitantes dos municípios, contabilizado pelos sistemas de monitoramento e financiamento da atenção básica, **fica estabelecido que dados relacionados à população indígena sejam partilhados para fins de análise e vigilância epidemiológica e de gestão de insumos, respeitados os estabelecimentos de realização dos atendimentos**, em conformidade com a tipologia de estabelecimentos de saúde indígena dispostos na Portaria nº 1.317, de 03/08/2017 – que adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES –, em seu artigo 3º:

“Art. 3º Fica atualizado na Tabela de Tipo de Estabelecimentos do CNES, o tipo de estabelecimento 72 - Unidade de Atenção à Saúde Indígena e seus subtipos, conforme se segue:

CÓD	DESCRIÇÃO DO TIPO	CÓD	DESCRIÇÃO DO SUBTIPO
72	Unidade de Atenção à Saúde Indígena	01	Casa de Saúde Indígena (CASAI)
		02	Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)
		03	Polo Base Tipo I – SEDE
		04	Polo Base Tipo II – SEDÉ
		05	Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – SEDE

06/08/2018

SEI/MS - 4763689 - Nota Técnica

É vedada a utilização dos dados de produção individual das EMSI com a finalidade de alimentar a produção das Equipes da Atenção Básica previstos no artigo 311 da Portaria de Consolidação N°1 (eSF, ACS, Enasf e eCR) sob a gestão municipal.

Essa regulamentação baseia-se na compreensão da importância estratégica do compartilhamento de informações em virtude da necessidade do cumprimento de metas de indicadores pelos estados e municípios, bem como para viabilizar o planejamento e oferta de serviços complementares da atenção básica, Média e Alta Complexidades (MAC), com vistas a garantia da integralidade da assistência aos Povos Indígenas, conforme preconiza a PNASPI.

4. CONCLUSÃO

- A. Compete ao DSEI, a alimentação obrigatória da produção das EMSI e demais informações de saúde produzidas no âmbito do SasiSUS no SIASI.
- B. Fica estabelecido que os DSEI deverão compartilhar as informações de saúde produzidas no âmbito do SasiSUS, com estados e municípios, contribuindo com a vigilância em saúde nos territórios, uma vez que se entende a necessidade de cumprimento de metas de indicadores pactuados pelos referidos entes federativos como necessária para o planejamento e oferta de serviços de MAC.
- C. Recomenda-se que DSEI, municípios e estados, pactuem o modelo de organização para o compartilhamento de informações de saúde, definindo o rol de informações que devem ser compartilhadas, bem como fluxos, instrumentos e periodicidade de envio.



Documento assinado eletronicamente por **Janini Selva Ginani, Chefe da Divisão de Ações de Saúde Indígena, Substituto(a)**, em 24/07/2018, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Aguiar Cerri Reis, Chefe da Divisão de Programas e Projetos de Saúde Indígena**, em 24/07/2018, às 18:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Alves Miranda, Chefe da Divisão de Gestão da Informação da Saúde Indígena**, em 25/07/2018, às 11:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Antonio da Silva Campos Junior, Coordenador(a)-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena**, em 06/08/2018, às 15:09, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4763689** e o código CRC **9E619156**.

Referência: Processo nº 25000.123219/2018-44

SEI nº 4763689